

Paris 1970
FACULTE DE MEDECINE — PITIE - SALPETRIERE

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

17

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel ROUFFET

Né le 31 Janvier 1944, à Paris XVI^e

Présentée et soutenue publiquement le

197

LES PROCESSUS PAVLOVIENS
DANS LE DETERMINISME
ET LE TRAITEMENT DES PHOBIES

Président : M. D.-J. DUCHÉ, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1970

Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel ROUFFET

Né le 31 Janvier 1944, à Paris XVI^e

Présentée et soutenue publiquement le

197

LES PROCESSUS PAVLOVIENS
DANS LE DETERMINISME
ET LE TRAITEMENT DES PHOBIES

Président : M. D.-J. DUCHÉ, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1970

THÈSE

PRÉSENTÉE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. R.

MICHEL ROBERT

Docteur en Médecine

1901

Thèse de Médecine

LES PROCESSUS PAVLOVENS DANS LE DÉTERMINISME ET LE TRAITEMENT DES PHOBIES



Présentée à l'Université de Leiden

1901
E. BOULON & Co
15, rue de la Harpe
PARIS — 1370

A MA FEMME

A MES CHERS PARENTS

A MES GRANDS-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON MICHAUX

L'enseignement lumineux qu'il nous a prodigué, l'accueil plus que bienveillant qu'il a bien voulu nous réserver dans son Service, au cours de nos études médicales, demeurent pour nous les heures claires et les plus riches de ces années.

Il a inspiré notre travail et l'a guidé de ses précieux conseils; nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et l'assurance respectueuse de notre fidèle attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR D.-J. DUCHÉ

Il nous a initié lors de nos études médicales à la découverte de la psychiatrie.

Il a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, après nous avoir guidé dans son achèvement.

Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CATINAT

*En témoignage de gratitude pour l'accueil
qu'il nous a réservé dans son Service et
pour l'enseignement précieux qu'il nous a
dispensé.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre reconnaissance respectueuse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. LAMY

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Médecin de l'Hôpital de Montmorency

*En hommage à l'enseignement vigoureux
et dense qu'il a bien voulu nous prodiguer
pendant les deux années vécues dans son
Service et en témoignage de notre respec-
tueuse et fidèle gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-C. AUSCHER
Médecin Suppléant de l'Hôpital de Montmorency

*Qui nous a guidé dans la découverte de
la médecine praticienne avec une bienveil-
lance de tous les instants.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de nos remerciements et de notre sincère
amitié.*

INTRODUCTION

*« Il y a un lien si étroit entre l'esprit
et le corps que lorsqu'il nous est arrivé
une fois d'associer une certaine action
avec une certaine pensée, par la suite,
l'une ne se présente plus sans l'autre. »*

R. DESCARTES

Depuis toujours sans doute, l'homme s'est habitué à cette compagne fidèle : la Peur.

Diffuse et non élective chez l'enfant incapable d'apprécier la réalité des périls et ne disposant pas des éléments de rationalisation qu'apporte l'expérience, la peur se discipline avec l'âge en épousant plus logiquement ses objets. Elle est devenue rationnelle.

Son visage n'est pas univoque, pourtant ; et la distance est grande qui sépare l'émotivité pénible ou délicate, mais dont la cause est évidente ou évitable — le plus souvent — de l'angoisse étreignante et sans objet, insaisissable.

Le Professeur Michaux décrit la torture de la douleur anxieuse comme :

« L'écartèlement entre une affectivité en transe et une lucidité qui ne surprend aucun péril à l'horizon. »
et la définit comme une « Dissonance idéo-affective ».

Cette Dissonance idéo-affective se situe au centre de la névrose d'angoisse que Freud nomme « une « névrose actuelle, indiquant ainsi sa liaison avec un substrat organique affectif » (Henry Ey).

De la même façon, l'angoisse forme le « primum movens » de névroses plus structurées : névroses obsessionnelle ou hystérique. Freud a pu dire que la névrose d'angoisse constituait un tronc commun de l'organisation névrotique en marche vers des conduites névrotiques plus stables et mieux systématisées.

Pour l'école psychanalytique, cette anxiété intolérable résulte d'un conflit entre le Moi et les pulsions instinctuelles. L'angoisse ne pouvant être acceptée se heurte aux processus de défense du psychisme, grâce auxquels elle est détournée et fixée sur un thème extérieur : c'est la genèse de la Phobie.

Ainsi la phobie est un « abcès de fixation » pour l'anxieux.

Ce mode d'explication de la genèse phobique si remarquable et enrichissante met en cause l'inconscient pathogène ; il en découle naturellement que l'école psychanalytique a trouvé dans la phobie une de ses meilleures indications. Il s'agit pour le thérapeute de permettre au *Moi* du malade de se renforcer et au *Surmoi* de s'assouplir.

Le transfert reste la pierre de touche du traitement et il autorise seul la guérison « en profondeur », c'est à un remaniement complet de la personnalité que tend la psychothérapie analytique et non pas seulement à l'éradication du symptôme phobique.

L'ambition d'un tel remaniement est justifiée si l'on pense avec Freud que la phobie n'est qu'un symptôme, au sein d'un trouble plus vaste de l'évolution affective créé par des traumatismes anciens.

Pourtant, de l'avis de certains analystes même, les résultats obtenus ne sont pas toujours à la mesure des espérances.

Ceci a conduit certains psychiatres et psychologues à s'intéresser aux conceptions pavloviennes et à expérimenter des méthodes thérapeutiques originales qui en découlent.

Pour l'école pavlovienne, la phobie résulte d'un conditionnement inadéquat et pathogène qu'il suffit de corriger par un conditionnement approprié pour que, le symptôme supprimé, la phobie soit guérie. Ceci sans tenir compte de la structure du psychisme du sujet.

Les mécanismes invoqués, les solutions proposées sont, on le voit, assez différents. Il serait naturel, semble-t-il, d'opposer les deux courants pavloviens et freudiens. Certains l'ont fait d'une façon dogmatique plus stérilisante que féconde.

N'est-il pas plus judicieux de chercher sans parti-pris quelle forme de thérapeutique sera le mieux adaptée à chaque cas ; puisque chaque malade est, à lui seul, toute la Maladie.

C'est dans ce but de conciliation et non plus d'opposition qu'il convient d'aborder l'étude des mécanismes et des indications thérapeutiques des phobies.

Deux aspects s'offrent à l'observation pour ces phobies : un aspect psychologique et un aspect physiologique.

Le premier marque les recherches psychanalytiques, le second, la tentative pavlovienne ; aucun n'est à proscrire, tous deux sont à explorer et à exploiter.

Nous tenterons de marquer la part qui revient à chacun de l'inconscient pathogène ou du conditionnement dans le mécanisme et l'établissement des phobies — les perspectives se complètent plus qu'elles ne s'opposent et s'interpénètrent sans s'exclure.

Il nous faut maintenant envisager la naissance historique du concept de phobie, son évolution et son acception actuelle à travers les travaux remarquables qui ont contribué à ces avatars.

HISTORIQUE

ASPECTS MARQUANTS

Avant Freud, obsessions et phobies sont confondues au sein d'une même entité psychopathique.

Westphal (1872) : l'Agoraphobie.

Ball (1879) : la Claustrophobie.

Freud, en 1895, individualise la phobie.

Pitres et Regis, en 1902, insistent sur le terrain émotif.

Pavlov étudie les réflexes conditionnés chez le chien.

Wolpe, en Afrique du Sud, Hull, Dunlap, puis Terhune, Tucker, Eysenck poursuivent ses recherches et ouvrent la voie des applications humaines, ainsi que Platonov en Russie et Peña y Lillo au Chili.

En France, sont poursuivis actuellement des travaux sur le conditionnement électro-encéphalographique dans le service du Professeur Michaux, sous la conduite de G. Lelord et maintenant de M. Rolland.

Cette étude du conditionnement électro-encéphalographique a été imaginée par Durup et Fessard, en 1936.

Elle fut poursuivie par N. et A. Popov sous la direction du Professeur G. Heuyer avant de recevoir l'impulsion actuelle de l'école du Professeur Michaux.

EVOLUTION HISTORIQUE DU CONCEPT PHOBIQUE

Dès 1836, Esquirol classe la « Maladie du doute » dans les Monomanies ; il en fait un délire partiel. Pour lui, l'obsession (puisque obsessions et phobies sont alors, et pour longtemps encore,

confondues) est un trouble limité et ne s'inclut pas dans une distorsion globale du psychisme.

On peut objecter à cette notion de « délire partiel » qu'elle semble préjuger d'une conviction délirante qui n'existe pas.

L'idée obsessionnelle est extérieure à la personnalité à l'inverse de l'idée délirante, ce sera le mérite de Pierre Janet de le montrer.

Sans pourtant les isoler du groupe des obsessions, Westphal, en 1872, avait magistralement décrit les thèmes de l'*Agoraphobie*, et Ball, en 1879, ceux de *Claustrophobie*. Tandis qu'en 1897, Pitres et Regis individualisaient l'*Ereuthophobie*.

Pour Morel, en 1866, on peut considérer à l'intérieur d'un « délire émotif » les obsessions comme un déséquilibre idéique et les phobies comme un déséquilibre émotif. C'est là une première tentative d'individualisation des phobies.

Mais ce n'est qu'en 1895 que le concept acquérera sinon son visage actuel, du moins sa relative indépendance avec Freud.

Pour la première fois, il distingue les obsessions des phobies. Les premières traduisant leur état émotif de façon diverse : une idée qui s'impose au psychisme et un état émotif associé ; les secondes ne le reflétant que par l'*angoisse*.

Dans cette première étude, Freud décrivait la *Neurasthénie* et la *Névrose d'angoisse* (dont la symptomatologie est phobique) comme des « *Névroses actuelles* », c'est-à-dire dépourvues de mécanismes psychologiques de défense, à l'inverse des « *Psychonévroses de défense* » (*Névrose obsessionnelle* et *Hystérie*) possédant ces mécanismes de défense.

Pour Freud, à cette étape de son évolution, les *Phobies* ne recèlent aucune symbolique.

« Dans l'hystérie d'angoisse, la libido, détachée du matériel pathogène par le refoulement, n'est en effet pas convertie, c'est-à-dire pas détournée du psychisme vers une innervation corporelle, mais elle est libérée sous forme d'angoisse. »

Freud devait par la suite modifier cette conception en reconnaissant aux phobies un caractère de processus de défense et de symbole.

Il classe alors la *Névrose phobique* dans les « *Psychonévroses de défense* ». De même, il rapproche par leur mécanisme l'hystérie de conversion et la névrose d'angoisse qu'il nomme : *Hystérie d'angoisse*. L'angoisse se fixant dans les deux cas par un déplacement analogue : somatisation dans l'hystérie, élaboration de thèmes phobiques dans l'hystérie d'angoisse.

C'est avec Freud que s'est ouverte l'ère de la psychothérapie ; la publication du cas désormais célèbre du « Petit Hans » survint en 1909.

Il s'agissait d'un enfant de quatre ans, fils d'un élève de Freud, qui développa une peur des chevaux rapidement assimilée par l'analyse à un déplacement de la crainte paternelle. Cette crainte du père étant en rapport avec un complexe d'Œdipe en plein essor. L'analyse permit de substituer une maîtrise de ses instincts au refoulement pathogène et de résoudre ainsi le conflit déclenchant.

On peut schématiser ainsi le mécanisme invoqué par l'analyse :

1° Les interdits parentaux ou sociaux induisent le refoulement de la libido.

Ce refoulement est générateur d'angoisse, l'énergie libidinale libérée ne pouvant se reconvertir en libido.

2° Cette angoisse flottante est fixée sur un objet phobogène — le cheval, pour le petit Hans — qui incarne le déplacement de l'image paternelle vue à travers une crainte de castration. L'enfant répond ainsi à son besoin de séparer les représentations bienveillante et castratrice du père.

On voit comment et en quoi la phobie s'élabore comme un moyen de défense contre l'angoisse, renforçant les processus de refoulement.

Cette conception de Freud n'a cependant pas dissipé toutes les obscurités ; plus tard, dans son ouvrage : « *Inhibition, Symptôme et Angoisse* », il reviendra sur le sujet en précisant que l'angoisse n'est plus la conséquence du refoulement de la libido, mais *qu'elle précède* le refoulement.

Freud exprime dans son « Introduction à la psychanalyse » que « l'angoisse est un signal du Moi en danger ». Ce signal étant déclenché par la qualité de la situation.

Pour l'école psychanalytique, à l'origine de cette angoisse, sont les poussées libidinales.

Adler, son disciple, ne suivra pas le maître en cela, leur attribuant pour sa part un caractère prépondérant d'agressivité.

En manière de résumé très schématique des conceptions de Freud, on peut distinguer avec lui deux groupes de maladies névrotiques :

1) LES NÉVROSES ACTUELLES comprenant :

— *Neurasthénie*.

— *Névrose d'angoisse* dont les manifestations sont des pseudo-phobies, fréquentes chez l'enfant, qui n'ont pas la « charge » symbolique des phobies vraies.

2) LES PSYCHONÉVROSES qui sont constituées par :

— *Hystérie d'angoisse* dont les symptômes sont les phobies.

— *Hystérie de conversion* avec son cortège de somatisation.

— Et la *Névrose obsessionnelle*.

En 1902, Pitres et Regis introduisent la notion de *trouble primaire* : ils situent l'apparition des phobies sur un fond d'hyper-émotivité en soulignant l'importance de l'incident déclenchant.

Celui-ci cristallise le trouble.

Pour ces auteurs, toute phobie peut devenir obsédante si elle « s'intellectualise ».

Pitres et Regis ont établi, en outre, une classification des phobies en se basant sur la clinique, s'attachant plus à la description et à la clarté qu'à la pathogénie ; ils distinguent trois groupes principaux : phobies des objets et des actes, phobies des lieux et de la mort, phobies des êtres vivants.

Ils placent, par ailleurs, les phobies d'impulsion parmi les obsessions impulsives en faisant d'elles l'expression commune d'un déséquilibre constitutionnel de la volonté et de l'émotivité.

A la même époque, en Allemagne, Kraepelin ne s'éloigne guère de la conception des deux auteurs français.

Pierre Janet persiste à confondre, dans la synthèse de la psychasthénie, obsessions et phobies, mais il nous propose en 1903, une vision plus riche des phénomènes pathologiques. Pour lui, le mécanisme s'accomplit sans « le sentiment du Réel », d'où naissent les impressions d'incomplétude et les « Agitations de Fonction » par dérivation de l'énergie. Agitations qui peuvent être mentales, ce sont les obsessions, émotionnelles diffuses, c'est l'angoisse, ou systématisées, ce sont les phobies.

Dans la tradition psychanalytique, Alexander, Fénichel, Nunberg poursuivent l'œuvre du Maître. Pour Fénichel, l'angoisse est le plus simple compromis entre la pulsion et la défense :

« Le déplacement offre l'avantage de rendre inconsciente l'idée offensive originelle. »

Chez l'enfant, Anna Freud développe les notions de mécanismes de défense du Moi et de relations objectales.

Pour d'autres auteurs, l'importance des pulsions pré-génitales est prépondérante, en particulier les pulsions orales. Ceux-ci font dépendre le surgissement de la phobie infantile du renforcement traumatique du facteur agressif qui, ressenti comme angoisse, nécessite la mise en jeu d'un mécanisme de défense.

Deutsch en 1929, Borstein en 1935, Sperling en 1952, attachent leur nom et leurs travaux à cette étude du processus phobique.

— En 1956, Mallet s'appuie sur les travaux de Spitz et distingue l'angoisse des étrangers chez le nourrisson de huit à quinze mois et les terreurs nocturnes du vingtième mois. Ainsi s'élabore un groupe phobique assez riche et dont les motivations instinctuelles et ancestrales restent mal définies : Phobies de la nuit, Phobie des plages obscures, Phobie des espaces dissimulés, des espaces derrière soi (on reconnaît ici tous les thèmes familiers à l'enfance peureuse et en particulier les récits littéraires de Rousseau à Jules Renard).

Ces états se manifestent le plus souvent par la structure défensive de la construction phobique.

— En Hongrie, Sandor Ferenczi publie une étude approfondie sur le symbolisme du pont.

— Friedmann, de son côté, s'attache à une analyse détaillée de la claustrophobie.

— En France, F. Perrier poursuit, en 1956, une étude d'ensemble en s'appuyant sur le cas des phobies d'impulsion chez la femme.

— Dans la tradition psychanalytique, Jacques Lacan donne une exégèse du « petit Hans » en conciliant les concepts freudiens et les aspects plus récents :

« Le mécanisme de la phobie a pour ressort essentiel l'angoisse de castration.

« La phobie est en même temps crainte et désir de castration. Le phobique a peur d'oublier d'avoir peur. Les phobies de l'enfant sont diverses, fixées sur de simples objets ; chez l'adulte, elles s'appliquent à des situations. »

Lacan reconnaît à la constitution de ces phobies un terrain névrotique favorisant : l'*Hystérie d'angoisse* ; elle associe une aptitude à l'angoisse, une incapacité à réaliser la sexualité complète, un refoulement et un registre imaginaire étendu. L'identification est fugace. On retrouve dans les situations phobiques

« l'intuition angoissante d'une impuissance à faire appel à soi-même pour maîtriser, dominer et assumer la pulsion qui va se manifester en réponse à la sollicitation externe proposée par l'imaginaire phobogène ».

— La contribution de l'école réflexologique prit naissance avec Ivan Petrovitch Pavlov (1849-1936) qui mit en évidence le phénomène des réflexes conditionnés. L'expérience du réflexe salivaire du chien devant un morceau de viande (stimulus inconditionnel), puis au seul son du réveil (stimulus conditionnel), peut être considéré comme le *primum movens* d'une théorie que Pavlov étendra peu à peu à l'étude des névroses : au conditionnement inadéquat invoqué à l'origine de ces névroses, s'est rapidement associée la notion de conditionnement adéquat curatif et celle de l'apprentissage.

Les disciples de Pavlov ont longuement contribué à élaborer une structure logique du mécanisme et des possibilités thérapeutiques du conditionnement.

Au premier rang, se situe l'école russe, puis une large contribution revient aux Anglo-Saxons avec les noms de Hull ; Watson qui explique la nécrose par le seul conditionnement.

Miller et Mowrer rapprochent la théorie de l'apprentissage et le comportement pathologique.

Spence analyse les rapports entre apprentissage et anxiété.

Terhune en 1949, et Tucker en 1956, jettent d'importantes bases thérapeutiques.

Wolpe applique le premier, à un nombre important de malades, quelques-unes des lois de l'apprentissage au traitement des névroses graves.

A Eysenck revient le mérite de rassembler et de coordonner ces résultats, ces progrès et ces tentatives éparses.

Il introduit en outre les concepts de « neuroticisme » et d'« extra-introversion ».

Ce sont là des paramètres nouveaux mais essentiels pour décrire et surtout prévoir le comportement.

En France, la recherche dans cette voie du conditionnement revêt un caractère plus scientifique et positif avec l'étude électro-encéphalographique des effets du conditionnement.

Durup et Fessard en imaginent le principe en 1936.

Cette étude sera reprise dans le service de M. le Professeur Heuyer, à la Salpêtrière, par N. et A. Popov, puis à partir de 1959, sous la direction de M. le Professeur Michaux, par G. Lelord d'abord, avec la collaboration de C. Koupernik, B. Elissalde, J.-P. Lauzel, puis par M. Rolland. Ces travaux ont porté principalement sur l'étude des modifications du conditionnement son-lumière dans les états obsessionnels et hystériques et après chimiothérapie.

Au point de vue thérapeutique, la théorie pavlovienne, reprise par les Anglo-Saxons, a permis à J. Rognant d'obtenir des succès très nets dans certains cas d'exhibitionnisme.

La psychiatrie d'Amérique du Sud s'est intéressée, elle aussi, à cet aspect « conditionnel » des névroses. Au Chili, en particulier l'équipe du Professeur Armando Roa et du Docteur Peña y Lillo a obtenu dans le bégaiement phobique et l'impuissance sexuelle de remarquables résultats thérapeutiques.

Il semble donc que, loin d'être clos avec la psychanalyse, le chapitre des phobies voit s'ouvrir des possibilités nouvelles de développement et, pour le psychiatre, des conceptions neuves du mécanisme phobique, ainsi que des voies thérapeutiques originales et efficaces.

L'optique pavlovienne des névroses n'est pas une panacée, non plus qu'une vision exclusive ; elle s'accommode des autres modes d'accès ou traitements qu'elle explique le plus souvent. Elle ne saurait, en revanche, être méprisée ou ignorée *a priori* étant donné les résultats et les promesses encourageantes qu'on lui doit déjà.

DEFINITION
ET CLASSIFICATION

DEFINITION

Qu'est-ce qu'une Phobie ?

Au décours de ce bref aperçu de l'évolution chronologique de l'idée de phobie, nous sommes bien sûr déçus : le mécanisme des phobies ne nous apparaît nullement simple et univoque ; bien plus, les divergences dans les interprétations sont considérables.

Cependant avant de tenter de dégager, voire de concilier quelques courants majeurs, il convient de s'attacher à définir ce que renferme ce concept de *Phobie*.

Le mot est apparu dans la seconde moitié du siècle dernier ; il dérive du grec *Phobos*, qui signifie la crainte. Il ne répond pas cependant à un goût exclusif et immodéré des racines grecques, mais à une réelle nécessité : la phobie, en effet, n'est ni la peur ni la crainte de notre langage usuel ; elle est cela et autre chose en plus.

Peur pathologique, la phobie est irrationnelle, élective, angoissante et surtout obsédante ; cliniquement, le Professeur Pichot la décrit comme « une crainte angoissante déclenchée par un objet ou une situation n'ayant pas par eux-mêmes un caractère objectivement dangereux. L'angoisse disparaissant en l'absence de l'objet ou de la situation, le malade reconnaît le caractère absurde de sa crainte qui conserve son incoercibilité ».

Henri Ey, de son côté, nous propose une acception plus mécaniciste :

« La phobie est la systématisation sur des personnes, des choses, des situations ou des actes qui deviennent l'objet d'une crainte paralysante. »

De même que l'angoisse est une peur sans objet, la phobie est une crainte sans raison, c'est le propos d'André Barbé. A ceci, on peut objecter que la peur survit parfois à son objet sous la forme d'une phobie et ce, bien que le malade ait admis la vanité du péril redouté.

André Barbé ajoute que « le malade en reconnaît lui-même le ridicule » ; mais au cours d'une baisse de tension psychologique, n'arrive-t-il pas que la conviction du malade soit momentanément emportée ?

En outre, afin d'apprécier le rationnel ou l'irrationnel d'une peur, il convient de disposer des éléments du jugement : l'intelligence et l'expérience. Toutes deux font défaut à l'enfant. Et pourtant, si la difficulté de leur diagnostic semble en restreindre le nombre, les phobies de l'enfant existent, différentes de ces peurs qui, pour être souvent déraisonnables, n'en sont pas moins rationnelles.

Irrationnelle, la phobie l'est sans nul doute, mais surtout, elle est crainte *élective*, et cette notion de thème est capitale. Hormis les cas assez rares et peu typiques de pantophobie, la phobie n'est phobie que d'un objet, d'une situation ou d'un être particuliers. Fait remarquable, la vue, la perception de « l'objet » phobique n'est pas nécessaire à l'apparition de la phobie, la seule évocation suffit à la provoquer ; nous y reviendrons avec insistance à propos des techniques de déconditionnement.

A cet élément de crainte, de peur, de frayeur, la phobie associe très souvent le *dégoût*, voire la *répulsion*. Monsieur le Professeur Michaux a insisté à plusieurs reprises sur ce point remarquable.

Certes, nombreuses sont les phobies dont le dégoût est exclu : basophobie, brontophobie, claustrophobie. Mais d'autres thèmes en sont manifestement imprégnés : phobie de la gale, des microbes, des rats, des cadavres...

A. Hesnard rapproche ces phobies où s'impose le sentiment de dégoût « des grands traits de la mentalité magique du pré-civilisé ». Ces objets, ces lieux, ces actes revêtent ainsi, comme les êtres, un caractère maléfique.

Objets d'une répulsion instinctive et quasi universelle, les serpents, les sauriens, les batraciens, les oiseaux nocturnes, certains lieux obscurs, les cadavres humains ont hérité de cette « mentalité magique » qui les charge d'une puissance surnaturelle et redoutable parce que mystérieuse.

« On a jamais aussi peur que de l'inconnu. »

Il semble bien cependant que les phobies de répulsion pures soient extrêmement rares. En toute logique, une aversion sans peur devrait d'ailleurs être distinguée à l'intérieur du groupe phobique « orthodoxe ».

ESSAI DE CLASSIFICATION

Pitres et Regis, en 1902, ont proposé une classification clinique reposant sur la distinction des différents thèmes phobiques.

Par là même, ils excluaient toute incursion dans le domaine des motivations et des mobiles. Un thème ne révèle ni les unes ni les autres le plus souvent.

On peut distinguer avec eux trois groupes principaux :

- I) Les phobies des *objets* et des *actes*.
- II) Les phobies des *lieux*, des *éléments*, de la *mort*.
- III) Les phobies des *êtres vivants*.

I. — Phobies des objets et des actes

A) LES PHOBIES D'OBJETS

Leur nombre est considérable, les objets en cause sont des plus variés, responsables de peur, de crainte : objets pointus et tranchants ; ou de dégoût : objets souillés, excréta.

Tel ce cas de bacillophobie que cite le Professeur Michaux :

Mme C..., cinquante-deux ans, épouse autoritaire d'un pharmacien résigné. Celui-ci présente une dermite chimique due à un lavage indéfiniment répété des mains. Mais pourtant, c'est l'épouse qui est atteinte de la phobie des microbes.

Cette phobie prend son origine dans l'adolescence à la suite d'une leçon d'histoire naturelle. Cette crainte, assez « normale » au départ, n'a pu être rationalisée ; elle s'est accrue pour devenir une phobie.

Il est à noter que le symptôme laissa place à de longues intermittences jusqu'à la ménopause. A la faveur de celle-ci, la phobie a envahi la pensée de la malade au point de compromettre la vie sociale. Le mari étant tout spécialement soumis aux risques de contamination de par son activité de laboratoire, il constituait pour lui-même et pour elle un danger ; d'où l'obligation de fréquentes ablutions à l'eau de Javel. Le mari a dû se résigner à accepter ces lavages intempestifs puis, enfin, à vendre son officine.

Cette bacillophobie prend des proportions de désocialisation telles qu'on lui doit le qualificatif de psychonévrose.

D'une évolution similaire, la phobie du verre de Mme Y..., trente-quatre ans¹, met en évidence l'argumentation fréquemment employée par le malade, afin de travestir une phobie en « peur normale ».

Depuis six ans, cette malade hyalophobe, après avoir vérifié scrupuleusement l'intégrité des verres, carafes, etc., avec élimination des éléments suspects, en est arrivé après un accouchement à bannir tout objet de verre. Elle traque celui-ci dans les fentes du parquet, les aliments, sous les semelles des visiteurs. Pour sa part, le risque la contraint à ne plus sortir.

Découvrant que son mari continue à porter des « verres » de lunettes, elle les brise, puis exige de changer d'appartement à la suite d'une exacerbation de la phobie.

Ici, aucune peur motivée ancienne n'a pu être mise en lumière à l'origine de cette phobie psychonévrotique.

(1) Nous devons cette observation, ainsi que les suivantes, à la bienveillance de M. le Professeur Michaux, qui a bien voulu nous les communiquer et nous autoriser à les citer.

B) LES PHOBIES D'ACTES (Phobies d'impulsion)

Les actes objets de phobie sont divers, toujours péjoratifs au regard de la conscience du sujet et réprimés par elle. Qu'il s'agisse aussi bien d'atteinte à sa propre personne qu'à autrui.

Nous distinguerons :

— *Des phobies de donner la mort ou de blesser :*

Tel le cas de cette mère qui craint de frapper son enfant avec un couteau et qui les proscrit tous de sa vue pendant les repas du bébé.

La seule présence d'un objet pointu ou tranchant suffit à lui imposer cette idée : « Je vais le blesser, le tuer » ; l'objet en lui-même n'est rien, c'est l'action qui est phobique.

— *Des phobies de se donner la mort :*

Bien classique est la phobie de défenestration très proche du vertige.

Tel malade ne peut mettre le pied sur un balcon sans ressentir l'attirance et la crainte à la fois de se jeter dans le vide.

Classique aussi est la phobie de se jeter par-dessus le garde-fou d'un pont, d'un barrage, d'un monument élevé.

On a voulu rapprocher cette phobie d'impulsion du vide de l'agoraphobie. Certes, le thème du vide est voisin. Mais ici, le vide n'est pas seulement ressenti comme effrayant, ainsi que dans l'agoraphobie, mais aussi comme attrayant ; il y a ambivalence de cette attirance pour l'acte et du désir de fuir l'angoisse que son évocation suscite.

Cette phobie d'impulsion n'est pas sans évoquer le classique vertige ; on y retrouve cette crainte qu'éprouve le sujet de se faire le complice involontaire de sa perte. Le vertige, sensation pénible mais « normale », cesse de l'être lorsque son intensité et ses circonstances déclenchantes sont absurdes ou inadaptées, il devient alors une véritable phobie.

On peut encore citer un point commun entre vertige, agoraphobie et phobie d'impulsion du vide ; il est constitué par les moyens de défense employés à leur encontre par le sujet.

Le subterfuge est le plus souvent dérisoire et prend une valeur toute symbolique : ainsi d'un frêle parapet, d'une corde à laquelle on se tient ou, mieux, la présence d'un enfant dont on garde la main.

Nous venons d'évoquer les *phobies d'impulsion* ; il semble opportun, avant d'en rapporter quelques exemples, de situer le concept.

Il s'agit d'une phobie que le sujet éprouve vis-à-vis d'un comportement plus ou moins inadapté, vers lequel il se sent attiré malgré sa volonté.

1° Cet acte est homicide, inconvenant ou saugrenu.

2° Il est dirigé contre le sujet lui-même ou un être proche, voire le plus inoffensif.

Soulignons d'emblée que le passage à l'acte est très exceptionnel ; il faut, pour ce faire, la survenue d'un facteur favorisant : dépression passagère, comitialité, ivresse, etc.

La conviction du malade n'est pas emportée en dehors de phases de baisse de tension psychologique ; la phobie est perçue comme une idée extérieure et non intégrée au Moi.

Les quelques cas suivants illustrant la catégorie des phobies d'impulsions ont été observés par M. le Professeur Michaux ; ils sont tous significatifs de cette absence constante de passage à l'acte.

Mme G..., soixante ans, émotive et psychasthénique, a été abandonnée par son amant il y a quatre ans — ils vivaient ensemble depuis trente ans — et demeure depuis lors chez sa fille mariée. Elle est amenée à porter à la pharmacie une ordonnance pour son petit-fils. Ayant d'autres courses à faire, elle en avait noté quelques-unes sur cette ordonnance — le pharmacien n'a pas manqué de lui signaler les dangers éventuels d'une telle pratique. Or huit ans auparavant, une de ses voisines avait empoisonné quelques chats bruyants avec de la strychnine.

La remarque du pharmacien déclenche chez elle une anxiété massive et s'institue une phobie d'acte typique : écrire « strychnine » sur une ordonnance.

Depuis lors, sa vie est notablement perturbée, elle ne prononce plus le mot redouté, évince les poudres auxquelles aurait pu se

mêler la fatale strychnine ; bien plus, elle s'emmitoufle la main droite dans un énorme pansement avant d'aller à la pharmacie.

La critique est conservée ainsi que l'intelligence, et la phobie s'estompe en cas de surmenage et de conduite automobile.

M. le Professeur Michaux insiste à propos de cette observation sur plusieurs points : le terrain émotif favorable à l'éclosion des phobies, le thème élaboré à partir du fait ancien, la survenue à la faveur d'un épisode de dépression, l'influence régressive ; enfin des occupations « mécaniques » : conduite d'une voiture, taper à la machine, etc.

Autre observation d'une phobie d'acte, très classique celle-là, mais qui ne rentre pas dans le cadre des phobies d'impulsion.

Mlle A..., treize ans, est émotive, timide et rougit facilement. Cela lui vaut les moqueries de ses sœurs et de ses amies qui la traumatisent profondément.

Elle développe ainsi une éreuthophobie associée à l'idée d'avouer ainsi des pensées coupables. Elle remarque que cette peur de rougir la fait rougir.

Ceci entraîne de lourdes conséquences de désocialisation avec refus d'aller au lycée ou en vacances.

L'observation suivante est typique d'une phobie d'impulsion avec son absence de passage à l'acte.

Mme G..., vingt-huit ans, lit avec émotion qu'une alcoolique a étranglé son enfant. Elle-même vient d'accoucher il y deux mois dans des circonstances difficiles.

La pensée qu'elle pourrait, elle aussi, étrangler son enfant s'empare d'elle. Elle n'ose plus approcher du berceau seule et recherche la compagnie d'une voisine ou quitte son appartement plutôt que de risquer ce tête à tête engoissant.

La conviction oscille au gré de sa tension psychologique, il lui arrive de braver sa peur en posant ses mains autour du cou du bébé, cherchant ainsi à se prouver l'inanité de sa crainte, mais elle fuit bientôt l'appartement. Ceci dure plusieurs mois. En clinique, une sismothérapie est instituée et fait cesser l'angoisse. La phobie semble avoir disparu, elle rechutera trois ans plus tard sur un mode atténué.

On remarquera ici la faiblesse de l'être cher, objet de la phobie, la rémittence de l'évolution et le phénomène de *contraphobie* qui est le défi à la phobie par la recherche de la situation phobique.

Phobie d'acte plus que d'impulsion, celle d'une jeune fille en proie à la terreur d'une défécation intempestive. Celle-ci l'amène à se faire un schéma des quartiers où elle peut trouver des toilettes. Elle finit par redouter toute sortie.

Phobies d'impulsions encore ces pseudo-tentations suicidaires peut-être plus romanesques que psychiatriques, où le sujet ne peut manipuler une arme sans éprouver la crainte et le désir de la tourner contre lui-même.

Phobie d'acte encore ce cas cité par M. le Professeur Michaux, d'une femme qui ne pouvait quitter un magasin sans vider plusieurs fois son sac afin de s'assurer qu'elle n'avait rien dérobé.

Telles sont donc ces phobies d'actes et d'impulsions ; ces dernières ne doivent pas être confondues avec les obsessions-impulsions où le malade tend vers l'accomplissement de l'acte désiré et dont seules sont redoutées les conséquences.

La grande différence qui sépare les phobies de commettre un acte délictueux ou scandaleux (sexuel par exemple) des obsessions-impulsions concernant le même acte, réside dans le fait que le phobique ne passe pas à l'acte, à l'encontre de l'obsessionnel : le cas des exhibitionnistes est typique de ce contraste.

C) LES PHOBIES PROFESSIONNELLES

Qu'elles soient *phobies d'inhibition* comme le trac qui est une forme localisée de l'émotivité et laisse intact, par ailleurs, la notion de la valeur de soi ou *phobies d'impulsion*, elles trouvent naturellement un champ fertile à leur éclosion dans l'exercice professionnel.

Citons les phobies d'impulsion du coiffeur qui tremble de couper la gorge de son client ou celles des endoscopistes craignant de perforer tel viscère creux.

II. — Phobies des lieux Des éléments - De la mort

A) LES LIEUX

Nous aborderons, à l'occasion de ce chapitre, deux des phobies les plus connues et les plus tôt décrites :

- L'agoraphobie et la claustrophobie

La claustrophobie est certainement la phobie la plus répandue ; son intensité est très variable et de nombreuses claustrophobies authentiques passent inaperçues sous le couvert d'innocentes « marottes ». Le mode de vie actuel, riche en espaces sinon clos du moins fort « resserrés », favorise l'épanouissement d'un tel thème : logis bas de plafond, métropolitain, ascenseur...

C'est précisément à ce dernier thème qu'est lié le cas de :

M. A..., trente-neuf ans, représentant de commerce. Sa phobie remonte à trois ans avec une première manifestation à l'égard d'un ascenseur : angoisse, impression de striction, d'étouffement... La lutte se résume à un évitement de tout ascenseur puis, bientôt, à l'abandon de la profession pour un poste sédentaire.

La thématique phobique a cependant diffusé en tache d'huile, englobant le métro, les véhicules, les salles de réunion, etc., conduisant progressivement à une désocialisation marquée.

On peut ajouter à propos des claustrophobies que le sujet rationalise souvent sa phobie en invoquant le manque d'air, le risque d'incendie. De même, la présence d'un compagnon, si peu rassurant soit-il par lui-même (enfant, chien), atténue l'angoisse quelquefois.

Quant à l'agoraphobie dont nous avons évoqué la parenté avec le vertige et la phobie d'impulsion du vide, elle concerne les espaces libres ou découverts, tels que places, avenues, jardins, parcs, etc.

Placé devant cette situation, le malade éprouve une angoisse intense, sans contenu. Ceci est bien illustré par l'observation suivante :

M. M..., quarante-quatre ans, est un homme actif, marié sans enfants. Une enfance et une adolescence *a priori* normales ne permettent pas de découvrir de *primum movens* évident.

Il y a huit mois, en traversant la place de la Concorde, M. M... ressent une angoisse intense (sueurs, palpitations et lipothymie). Sur les conseils de son médecin, il prend quelques jours de repos ; puis reprend son travail sans incidents, évitant toutefois la place de la Concorde.

Il éprouve une nouvelle crise anxieuse à la traversée du boulevard Haussmann. Puis le « périmètre » anxiogène s'élargit et les crises se multiplient. Fait notable, il peut emprunter sa voiture sans incident, alors qu'à pied il doit être accompagné (de sa femme en général, voire du fils de sa concierge ou d'un chien). Après quelques mois d'évolution, les sorties du malade sont restreintes à de courtes promenades avec son épouse. La névrose est devenue psychonévrose désocialisante.

Cette observation met en lumière le caractère extensif de la phobie : les lieux objets d'anxiété deviennent de plus en plus nombreux, les accès se rapprochent avec la conséquence sociale et professionnelle évoquée.

A côté de ces deux phobies — les plus citées —, on rencontre d'autres thèmes impliquant des lieux, des paysages :

- peur des précipices avec sa composante impulsive possible ;
 - peur des sommets ;
 - peur des moyens de transports : des avions, des bateaux, des chemins de fer, dont souffrait Freud ;
- l'élément claustrophobique n'est pas négligeable à cet égard.

On peut y voir aussi l'anxiété d'être prisonnier d'un ensemble sur lequel on ne peut agir : nul ne peut faire atterrir un avion, rebrousser chemin à un navire, et le train lui-même donne cette impression d'aliénation de soi-même.

B) LES ÉLÉMENTS

Ces dieux tout-puissants et autrefois vénérés ont gardé pour certains un potentiel magique qui les rend redoutables. « Totem », « tabou » et surnaturel sous-tendent la plupart des phobies de ce thème. On peut citer parmi tant d'autres :

- La phobie de l'eau ou de la mer — qui peut prendre l'allure de phobie d'impulsion chez les non-nageurs.
- La phobie de l'humidité : le dégoût pour ce véhicule supposé idéal de toutes les souillures est évident.
- La phobie de la terre rejoint le cas précédent quant à la participation possible et prépondérante du dégoût.
- A la phobie de l'air, ou plus exactement des courants d'air, se rattache l'observation suivante :

M. L..., quarante-quatre ans, redoute depuis l'âge de vingt ans les courants d'air, ceci ne l'empêche pourtant nullement de s'adonner aux sports et même d'obtenir son brevet de pilote.

Il n'en ferme pas moins portes et fenêtres avec obstination, allant jusqu'au port d'une casquette dans son appartement.

Vers l'âge de trente-deux ans, les choses s'aggravent : il ne se fait plus couper les cheveux pendant l'automne et l'hiver, il porte de cinq à six chandails et dispose avec un souci tactique marqué toute une série de paravents, afin d'empêcher les courants d'air de se former. Sa vie professionnelle d'ingénieur s'est singulièrement compliquée au gré des évolutions météorologiques.

Depuis trois ans, sa famille a dû se plier aux précautions draconiennes qu'il lui impose. Un état dépressif s'installe, assez bien amendé par une cure thymo-analeptique en clinique, sans que disparaisse pour autant la phobie.

Ici encore, l'aggravation extensive de la névrose conduit aux inadaptations sociales et professionnelles caractéristiques d'une psychonévrose.

D'autres phobies des éléments sont à citer :

- La phobie du feu, assez proche de la peur rationnelle ; elle s'en éloigne lorsqu'elle devient phobie de mettre le feu. C'est une phobie d'impulsion typique, très différente de l'incendiaire impulsif qui, lui, passe à l'acte et en tire jouissance.
- La phobie de la nuit et des espaces sombres constitue une survivance des terreurs enfantines.

Certains sujets tentent de rationaliser leur phobie en invoquant l'action favorisante de l'obscurité sur les accidents, chutes, attentats, etc. Mais la plupart finissent par concéder que cette

terreur est sans objet précis. Elle est appréhension devant l'inconnu, peur d'avoir peur.

Ici encore, les moyens de défense employés sont souvent dérisoires et symboliques : il suffit d'être accompagné d'un enfant, d'un animal familier comme si la pureté ou l'innocence pouvait conjurer quelque maléfice.

- La phobie du tonnerre, des éclairs (bronto et astrapéphobies) peut être illustrée par l'exemple suivant:

M. L..., quarante-trois ans, émotif, redoute l'orage depuis sa tendre enfance. À vingt-cinq ans pourtant, la crainte devient plus vive et s'accompagne d'attente anxieuse précoce. Le ciel s'obscurcit-il ? Remue-t-on un meuble dans la maison ? Il n'en faut pas plus pour que pâleur et angoisse s'emparent de lui. À noter que M. L..., ayant eu durant la guerre à subir un violent bombardement, n'a ressenti alors qu'une émotion « normale ». Ceci est à rapprocher du cas de ce claustrophobe qui refusait de descendre aux abris lors d'une attaque aérienne, préférant de beaucoup « les bombes à la cave » !

Pour M. L..., les troubles se sont accentués : les menaces d'orage lui font quitter son travail, un bruit sourd lui fait saisir un inconnu par le bras, etc.

Cette évolution est remarquablement favorisée par les phases de dépressions ou d'asthénie qu'il traverse.

Un traitement thymoanalytique a réussi à réduire considérablement la phobie qui n'a pas disparu tout à fait cependant et se manifeste à la faveur d'épisodes de fatigue.

C) LES ANOMALIES LES MALADIES — LA MORT

Il est logique de grouper dans un même ensemble les thèmes où la phobie est centrée sur la préoccupation de l'intégrité corporelle.

On peut cependant envisager avec quelques nuances les impressions qui concernent l'aspect que le sujet redoute d'offrir aux yeux des autres : les dysmorphies, les dysosmophobies, etc., de celles ayant trait à sa propre intégrité vécue par rapport à lui seul.

1) Dysmorphophobies

Ces craintes de présenter une difformité constitutive — en particulier du visage — peuvent s'intégrer dans un contexte purement névrotique ou, au contraire, être symptomatiques d'un processus psychotique. A cet égard, on rappellera la contemplation stéréotypée de ses propres mains chez le schizophrène ou la recherche de son image dans un miroir.

Mlle S..., vingt-deux ans, psychasthénique, obsédée par un souci de perfection, en proie à un sentiment d'incomplétude, est préoccupée par la longueur et la forme de son nez.

Elle contemple longuement et fréquemment celui-ci dans les miroirs : il est long, disgracieux, elle-même est ridicule, *répugnante*.

Les crises de larmes alternent avec les idées de suicide.

En fait, le nez est parfaitement « normal » et deux chirurgiens plastiques se refusent à toute intervention. Un troisième accepte enfin d'y procéder ; mais l'apaisement et la rémission consécutive ne dure guère plus d'un mois. Bien plus, avec la reprise de la phobie, apparaît un désir de l'ablation totale de l'organe incriminé.

Un an plus tard, les discordances et les signes de schizophrénie ne laissent plus de doute quant à l'évolution dissociative.

Cette observation met en lumière l'intrication non exceptionnelle que l'on doit envisager et redouter devant tel banal symptôme phobique. Il semble y avoir, par ailleurs, association préférentielle de cette psychose avec des thèmes d'intégrité corporelle.

Cette évolution est objectivée de la même façon par le cas de :

Mlle J..., vingt-deux ans, qui refuse de quitter l'appartement familial sous le prétexte qu'elle répand de mauvaises odeurs.

Il y a deux ans, il suffisait de réfuter cette impression pour qu'elle disparaisse, mais depuis lors, l'interprétation des attitudes d'autrui a balayé toute rationalisation négative.

« On l'évite, on sourit sur son passage, on quitte les lieux où elle se trouve, on parle d'elle », etc.

L'examen révèle quelques discordances, un parasitisme mimique, une anxiété phobique massive contrastant avec une indifférence émotionnelle. L'évolution schizophrénique redoutée sera confirmée rapidement.

On voit par là combien est difficile le diagnostic entre phobie-névrose et phobie-symptôme psychotique avec la différence de pronostic que ceci implique.

2) Algophobies

M. le Professeur Michaux les définit comme :

« Des psychalgies, c'est-à-dire des somatalgies psychogènes résultant d'une mutation psychosomatique des facteurs somatiques en douleurs inorganiques. »

Errantes et mal systématisées, chargées d'une anxiété considérable, elles peuvent revêtir par leur localisation un caractère symbolique conflictuel (organes génitaux, organes siège de la maladie d'un être cher, etc.).

L'intensité de cette douleur est difficilement appréciable en raison de la participation anxieuse qui la rend intolérable.

Ceci est assez général ; ce qui est ressenti comme douloureux, ce n'est pas seulement la sensation neurologique, mais aussi et surtout la façon dont cette sensation est acceptée et vécue. La composante affective, si déterminante dans la sensation douloureuse, revêt ici une importance primordiale.

On peut citer à cet égard le cas de Mme D..., cinquante-huit ans, dont le mari occupait une situation élevée et génératrice de contacts multiples :

Voici dix ans, Mme D... est tombée dans les escaliers alors qu'elle serrait dans ses bras une poupée destinée à sa nièce. Elle ressentit une douleur importante à la poitrine objectivée par un hématome mammaire important.

La sensation douloureuse, loin de rétrocéder avec l'hématome, persista, motivant de nombreuses consultations médicales puis chirurgicales, pour conduire finalement à une mammectomie. Après une amélioration passagère, la douleur renaît et se localise à l'autre sein avec, pour conclusion, une seconde mammectomie. Dans l'intervalle, le décès du mari et la modification conséquente de la situation sociale n'entraînent qu'une légère et fugace amélioration des symptômes douloureux.

Peu à peu, les psychalgies ont gagné toute la partie supérieure du corps, la tête et les membres supérieurs ; la malade ne sort

plus, ne se coiffe plus, ne se sert plus de ses mains qui présentent une atrophie musculaire notable. Tout lui est devenu objet de perception douloureuse : un manteau, un châle, une écharpe — le sommeil n'est toléré le plus souvent qu'en position demi-assise. Depuis quelque temps, est apparue une phobie des souillures et des microbes dans les aliments dont elle surveille jalousement la préparation.

La désinsertion sociale est massive malgré un contact conservé et recherché même ; on note une certaine complaisance à détailler les algies et, par là, à capter la commisération, sinon l'admiration de l'entourage et des visiteurs.

Cette observation montre à quelle désocialisation peut conduire l'extension d'un processus phobique en général et algophobique en particulier.

3) Physiophobies

Ces phobies ont trait aux fonctions organiques, telles que respiration, déglutition, miction, etc.

- Les phobies de l'insomnie sont plus fréquentes que celles de l'endormissement et peuvent conduire à de véritables toxicomanies barbituriques.
- Les phobies de répandre de mauvaises odeurs dont nous avons cité un cas à propos des dysmorphophobies.
- Les phobies de la parole et le bégaiement sur lequel nous reviendrons.
- La célèbre éreuthophobie décrite pour la première fois par Pitres et Regis, et qu'illustre l'exemple suivant :

Mlle A..., treize ans, émotive, présente depuis l'âge de huit ans une facilité marquée à rougir, ce qui lui vaut les moqueries de ses frères, sœurs et camarades.

« Elle rougit en parlant à untel, elle l'aime », etc.

La phobie de rougir et par là, pensait-elle, d'avouer de coupables pensées, s'installe assez vite.

Elle remarque que la seule peur de rougir la fait rougir et refuse d'aller au lycée, de sortir en vacances, etc.

L'éreuthophobie caractérise assez bien cette entrée dans un cercle vicieux qui se retrouve souvent dans le processus

anxieux : la peur de l'acte le provoque, la peur de l'échec provoque cet échec et augmente l'angoisse.

- La marche ou la station debout peut donner lieu également à la constitution d'une phobie : par exemple, la phobie de tomber ou ptosiphobie, dont rend assez bien compte l'observation suivante :

M. A..., trente-deux ans, est émotif et employé dans un laboratoire pharmaceutique. Son enfance de fils unique s'est déroulée dans un climat de surprotection maternelle et sans image paternelle. Il apparaît déjà comme psychasthénique, méticuleux et scrupuleux. Il se marie à vingt-quatre ans avec une jeune fille autoritaire et tyrannique qui ne permet guère à son émotivité de se manifester. Séparation et divorce surviennent au bout de quatre ans.

M. A... se remarie alors avec une femme douce, patiente et maternelle (ils n'ont pas d'enfants). C'est dans cette ambiance que s'installe la peur de tomber après l'incident déclenchant constitué par un épisode de sciatgie suivi de prise de pyramidon ayant entraîné quelques vertiges.

Sa femme lui avait conseillé de rester chez lui ce jour-là. Or, le lendemain, malgré la disparition des symptômes, M. A... reste chez lui ; il ne reprend son travail que deux jours plus tard, et s'y rend accompagné de son épouse. Ceci passe à l'habitude.

Un matin, au lever, le malade se sent angoissé, le plancher semble s'effondrer sous lui, il a des « jambes de coton », il se recouche et ne parvient plus à le lever et se cantonne bientôt au lit. Tout effort pour se lever entraîne une anxiété massive.

L'examen neurologique est négatif, ainsi que cardio-vasculaire. Un séjour de deux semaines en clinique fait rétrocéder les troubles avec pourtant une rechute lors du retour de sa femme — depuis lors, la basophobie présente quelques épisodes de résurgence au cours d'accès de fatigue.

Ceci souligne le rôle déclenchant d'un facteur physique dans l'éclosion d'une phobie sur un terrain émotif, ainsi que le rôle favorisant de tout ce qui peut exalter cette émotivité (ici, le maternalisme conjugal).

4) Nosophobies

Ou phobies des maladies, elles sont aussi variées dans leurs thèmes que celles-ci ; le privilège des affections « vedettes » (cancer

et infarctus du myocarde) restant intact. Deux types principaux méritent d'être opposés :

a) *Cœnestopathies* qui se traduisent par des perceptions vagues, peu douloureuses mais pénibles, que le malade perçoit comme *irrélelles*.

Secondairement, avec l'angoisse, la déduction de la maladie apparaît influencée par les exemples proches, les lectures, les vulgarisations dites médicales...

b) *Nosophobies*. Ici, le processus est inductif : le sujet se croit, se sait et se veut atteint de telle ou telle maladie, étayant au besoin cette hypothèse par une recherche de symptômes plus ou moins concordants, mais toujours déterminants à ses propres yeux.

5) Nosophobies rituelles de conjuration

A côté des nosophobies classiques et différent de l'hypocondrie vraie, se place un groupe phobique assez particulier par son comportement et ses motivations. La maladie, ici, n'est plus supposée ou discutée, elle est affirmée *a priori*. Ce n'est que dans un second temps que le phobique tentera d'étayer son « diagnostic » par la recherche et l'alignement de symptômes qui se veulent concordants et décisifs.

Là encore, l'influence de la mode, des lectures, des émissions de télévision dites médicales est prépondérante et nette. Leucoses, cancers et cardiopathies font prime.

M. le Professeur Michaux, qui a individualisé et décrit ce type phobique particulier, cite le cas suivant :

Un de ses malades est venu le consulter pour un cancer recto-sigmoïdien après avoir appris qu'un de ses collègues en était atteint. Pour lui, dès lors, aucun doute n'est permis, il se croit frappé du même mal. Ensuite seulement se place la recherche des signes adéquats : ténesme, épreintes, mélæna... De plus, l'auto-palpation lui a révélé un foie marronné qui rend illusoire toute thérapeutique. Les examens pratiqués sont négatifs et pourtant incapables de faire revenir le malade sur son « diagnostic » Après plusieurs consultations, il abandonnera son hypothèse plus par lassitude ou par récupération d'une certaine capacité de critique et d'équilibre que sur des arguments médicaux.

Huit mois plus tard, a lieu une nouvelle consultation, pour tétanos cette fois. Cette affection lui fut révélée après une conversation et, une nouvelle fois, le diagnostic précède l'élaboration des symptômes.

Grâce à la lecture d'un dictionnaire médical, il parvient ensuite à réunir quelques signes qui lui confirment son mal : trismus et paresthésies.

Puis, l'anamnèse vient à son tour renforcer le tableau : il se souvient d'avoir marché dans du crottin de cheval et d'avoir ainsi infecté une blessure plantaire.

La maladie est au-dessus de toute thérapeutique, dit-il, car existent des troubles respiratoires témoins d'une atteinte bulbaire.

Les arguments médicaux sont vains et le diagnostic ne sera abandonné que quelques jours après, spontanément.

Un fait notable retient l'attention : le malade n'est pas anxieux et ne présente pas l'assurance agressive des hypocondriaques.

M. le Professeur Michaux se déclare frappé par l'aspect clinique de ce patient comme des autres sujets atteints de nosophobie rituelle de conjuration. En effet, ils ne semblent chercher auprès du médecin ni confirmation, ni infirmation de leur hypothèse ; ils ont, en exposant leur cas, « le sourire gêné des superstitieux ... sourire d'excuse pour une crainte naïve, la mettant sur le compte des préjugés d'autrui qu'il sied de respecter ».

La dénégation fondée et circonstanciée du médecin n'apaise nulle angoisse ; bien mieux, si celui-ci, exaspéré, confirme le pseudo-diagnostic, le malade ne le croit pas.

Tel est le cas de cet homme qui, poursuivant un gastro-entérologue avec un diagnostic de cancer de l'estomac, traite celui-ci de charlatan lorsqu'il se voit proposer en dernier recours une laparotomie exploratrice : « Rien ne légitime l'hypothèse de cancer », dit le malade...

On sent combien la conviction du malade est superficielle ou même absente. Il semble bien plutôt s'agir d'une sorte de rite.

Ce processus psychique n'est pas sans évoquer en effet :

— La conjuration des puissances maléfiques par un pessimisme de commande jouant le rôle d'exorciste d'un optimisme jugé dangereux et sujet à représailles.

C'est ainsi que « l'optimisme est sacrifié sur l'autel de la sécurité ».

— Ce processus évoque aussi d'autres attitudes plus phobiques. Et, de même que la crainte des loups leur a survécu, une phobie peut parfaitement persister après la disparition de sa base rationnelle :

Devant telle jeune femme surprise à l'âge de cinq ans alors qu'elle dérobaît un sucre dans une armoire, on brandit — assez stupidement — l'épouvantail du « Loup » qui s'y tenait et allait la dévorer.

Cette peur avait disparu avec l'acquisition du jugement rationnel, mais laissa place à une authentique phobie de l'ouverture des portes d'armoire.

Le terrain n'est pas identique à celui des phobies habituelles, l'émotivité n'y est qu'apparente et la préoccupation ne débouche sur aucune activité de prévention : pour ces malades, il ne saurait y avoir de traitement puisqu'ils s'estiment incurables d'emblée.

Il s'agit de nosophobies irrationnelles, avec l'apparition primaire de la crainte, la conviction étant fort mince ou absente ; et surtout, cette nosophobie est rituelle, en ce sens qu'elle met en jeu des procédés de conjuration sous la forme d'une évocation de telle ou telle affection redoutée en faisant mine d'y croire pour l'exorciser.

Dans cette optique, la consultation médicale n'est elle-même que l'expression d'un symbolisme purement rituel.

6) Thanatophobies

Peur de la mort et de tout ce qui s'y rattache, elle s'exercera aussi bien à l'égard de cadavres, avec la notion de dégoût, voire de maléfice, qu'envers les cérémonies funèbres, les cercueils, les candélabres, etc.

L'intrication avec les nosophobies est souvent nette : ce qui est redouté à travers la maladie, n'est-ce pas surtout la mort ?

III. — Phobies des êtres vivants

A) ANTHROPOPHOBIES

La peur des êtres humains est liée le plus souvent à des anomalies de la conduite sexuelle.

La phobie peut se fixer sur tel ou tel groupe ethnique, sur telle race, on retrouve ici l'importante participation du dégoût aussi immotivé que tenace.

B) ZOOPHOBIES

La phobie des animaux peut être décomposée schématiquement, selon Mallet, en phobie des gros animaux dans la petite enfance, puis en phobie des petits animaux ensuite.

Le dégoût trouve ici encore une place de choix dans la structure phobique, voire parfois une position exclusive.

On peut retrouver chez l'adulte la persistance de phobies considérées comme reliquats directs d'expériences infantiles ; c'est à ce propos que M. Mallet, en 1955, sépare les phobies des gros et petits animaux déjà cités.

Cette classification thématique et rapide n'est nullement exhaustive. Le plus souvent même, un thème n'est pas unique ; il se produit une diffusion : la peur du tonnerre entraîne la phobie des espaces plantés d'arbres, la phobie des chats se généralise à tous les animaux à fourrure, etc.

On a pu dire qu'une phobie qui persiste avait tendance à s'étendre, de même qu'un thème renforcé devenait en quelque sorte obsessionnel.

De plus, les thèmes phobiques subissent l'influence de l'ambiance sociale : ils sont ceux d'un pays, d'un milieu, d'une époque ; les détergents, les désherbants chimiques, les engrais, les soucoupes volantes et les radiations atomiques ont apporté leur contribution à la fixation d'une anxiété indéterminée.

M. le Professeur Michaux cite le cas d'une femme qui interdit tout séjour dans le Midi à ses enfants, de même que la consommation de poissons pêchés en Méditerranée en raison des déchets nucléaires immergés au large.

Les thèmes peuvent enfin diffuser au point de se généraliser : la phobie devient phobie de tout — pantophobie.

Dans ces phobies non électives, Pierre Janet avait remarqué trois éléments :

- l'angoisse diffuse ;
- les troubles physiologiques de l'angoisse ;
- les troubles psychologiques de l'angoisse ou détresse.

On peut observer des pantophobies en dehors de la névrose phobique — ainsi dans les délires alcooliques ou dans la névrose d'angoisse. Le fait que l'on rencontre parfois cette pantophobie associée à des impressions de dépersonnalisation est à rapprocher des formes phobiques d'entrée dans la schizophrénie.

La définition que donne Kammerer de la pantophobie : « Un état anxieux diffus qui n'est polarisé sur aucun danger précis, mais suscité et sans cesse ravivé par les objets, les événements et les situations dont le sujet prend conscience », souligne l'importance du renforcement de ce que l'on peut nommer le *conditionnement de la peur à l'objet*, la situation ou l'événement déclenchant.

Comme le chien de Pavlov qui a besoin de voir son conditionnement renforcé, le phobique renforcera son symptôme lors de chacune des confrontations avec la situation où l'être redouté.

Cette classification de Pitres et Regis ne rend compte que de la clinique, elle a le mérite de la clarté et de permettre un abord cohérent et ordonné de la multiplicité déroutante des thèmes phobiques.

Pierre Janet faisait, on l'a vu, des phobies des « agitations émotionnelles forcées » et distinguait celles-ci en systématiques et diffuses, les premières renfermant :

- 1) Les phobies du corps (algies et phobies de fonction).
- 2) Les phobies des objets.
- 3) Les phobies des situations (physiques ou sociales).
- 4) Les phobies des idées (religieuses, morales, ayant trait à la maladie ou à la mort).

Quant aux agitations émotionnelles forcées à forme diffuse, elles concernent les angoisses physiologiques et mentales.

Par là même, l'auteur ne distingue pas les phobies de l'agitation mentale ou motrice, non plus que de l'obsession.

Freud, pour sa part, distingue deux sortes de thèmes phobiques selon la qualité de l'angoisse qui y est attachée :

a) *Dans le premier ordre de thème*, l'angoisse est presque rationnelle, seule son intensité disproportionnée à sa cause en souligne le caractère pathologique. Ce premier ordre comprend lui-même deux groupes :

- celui où les thèmes, sans évoquer un réel danger, n'en provoquent pas moins — même chez le sujet normal — appréhension ou dégoût ;
- l'autre où les thèmes s'attachent à un danger réel, mais dont la survenue est négligeable statistiquement (fulguration, naufrage...).

b) *Dans le second ordre de thèmes*, la peur est rationnelle. Et ici, derrière le thème (agoraphobie, claustrophobie, éreuthophobie), se dissimule le véritable moteur de la phobie qui doit être recherché dans l'inconscient et qui est symbolique d'un conflit sexuel refoulé.

M. le Professeur Pichot distingue pour sa part les phobies selon l'élément phobogène d'une part, et le contenu de l'angoisse d'autre part.

1) *Suivant l'élément phobogène :*

- *phobies de situation* qui se déclenchent lorsque le sujet est dans un certain contexte (agoraphobie, claustrophobie) ;
- *phobies d'objets* : couteaux, stylets ou animaux.

2) *Suivant le contenu de l'angoisse :*

- a) *la crainte est sans contenu* (« véritable attaque d'angoisse »), l'angoisse est flottante comme dans le cas de l'agoraphobie ;
- b) *la crainte a un contenu* qui peut :
 - concerner quelque chose susceptible de survenir au sujet l'incendie pour le claustrophobe, le fait de rougir pour l'éreuthophobe perdu dans une foule) ;
 - concerner quelque chose que le sujet pourrait accomplir (les phobies d'impulsion).

Pour le Docteur A. Hesnard, il est plus intéressant de dresser une liste des objets et des situations « à propos desquels se manifeste le comportement caractéristique de la névrose phobique, c'est-à-dire l'émotion complexe qui saisit le malade en présence de cet objet ou de cette situation, ce qui est à la base d'une terreur ... ou d'un dégoût, voire d'une répulsion invincibles ».

1) Objets maléfiques de terreur

- *Objets et situations maléfiques dangereux* : couteaux, poisons, moyens de transports, animaux nuisibles ou malpropres.
- *Situations corporelles maléfiques* : difformités, maladies visibles, transmissibles ou mortelles, fonctions physiologiques (vision, audition, défécation, etc.), sang, chirurgie et son contexte.
- *Situations d'origine cosmique ou surnaturelle* : personnages menaçants (bandits...) ou inquiétants (cagouleurs), personnages autoritaires (magistrats...), foule, lieux publics.
- *Sollicitation d'actes coupables ou honteux* : agression, scandales, blasphèmes, inceste, sacrilège.

2) Objets maléfiques de dégoût

- *Objets maléfiques répugnants*, animaux dégoûtants (araignées, parasites, serpents), poussières, saletés, humeurs, corps gluants ou poisseux, microbes, virus.
- *Objets maléfiques de signification allusive sexuelle* : étoffes, caoutchouc, lingerie, objets anthropomorphiques ou d'allure phallique, objets intimes (vases, canules...).

Pour A. Hesnard, si l'objet maudit ou la situation redoutée manque, il n'y a pas phobie.

Il affirme que les objets et la situation elle-même sont incapables de caractériser les phobies qui paraissent faussement en dériver.

On peut citer enfin le classement phénoménologique de D. Carnello et L.A. Calvi (1959) qui met l'accent sur les rapports des

phobies à leur signification vécue — pour eux, les phobies sont aussi des phénomènes existentiels et peuvent se rapporter à des « modes d'être » particuliers. La spécification objectale du thème phobique est différente d'un cas à l'autre.

Les auteurs ont cherché les phobies dont la détermination objectale était la moins marquée, donc les plus proches de l'angoisse flottante : phobies de la spatialité, phobies mondaines (sans signification objectale).

Le mouvement de rétraction phobique étant vécu comme « nausée existentielle », cette classification approfondit le contenu des phobies en tentant de revenir aux phénomènes de la phobie et d'en rechercher *l'essence*. Mais elle interprète sans grande précision des structures de conscience qui ne se comprennent que dans l'univers intrasubjectif de l'individu.

Le Docteur A. Hesnard pense qu'il serait vain d'attribuer une importance particulière au contenu apparent des phobies, l'intérêt des classifications résidant surtout dans ce qu'elles permettent de mesurer la quantité énorme des situations capables de devenir phobogènes.

La première difficulté que rencontre le praticien et surtout le psychiatre n'est pas de situer tel symptôme dans telle catégorie, mais bien de reconnaître la phobie, puis d'affirmer son appartenance à la névrose phobique ou, au contraire, de ranger cette ou ces phobies dans le cadre d'une autre névrose ou d'un processus psychotique.

LE DIAGNOSTIC

Avant de poser un diagnostic précis et probable, sinon définitif, et donc d'envisager tel ou tel mode thérapeutique, il faut découvrir le symptôme phobique et le discuter afin d'affirmer ou d'infirmer son existence en tant que tel.

Les thèmes sont multiples, illimités et présentent un intérêt réduit pour saisir le processus générateur.

Deux étapes dans l'établissement du diagnostic peuvent être distinguées, ceci pour la clarté d'abord et aussi parce que, logiquement, la recherche du médecin aura à les parcourir successivement :

- le diagnostic différentiel du symptôme phobique ;
- le diagnostic étiologique de ce symptôme.

Il importe, en effet, de préciser l'existence d'un processus phobique — donc particulier dans ses modalités, ses motivations, son traitement — avant de rechercher si cette phobie participe d'une névrose structurée ou, au contraire, est un symptôme surajouté à une autre affection psychiatrique.

I. — Le diagnostic différentiel du symptôme phobique

La phobie n'est pas la peur banale et habituelle. Nous l'avons vu, mais cette distinction n'est pas toujours aussi évidente qu'un examen rapide pourrait le laisser supposer.

Il nous faut confronter ce symptôme en face duquel nous nous trouvons avec les différentes hypothèses qui sont susceptibles de s'offrir à nous : Est-ce une peur, est-elle normale ? Délirante ? N'est-ce pas une obsession ? Une pseudo-phobie ? Une impulsion ?

Autant de questions auxquelles il convient de répondre avant de tenter d'établir un diagnostic étiologique et, à plus forte raison, d'envisager telle ou telle attitude curative.

1) La peur normale

Les motivations en sont rationnelles et l'intensité en rapport avec la réalité du danger. Il faut considérer, à cet égard, aussi bien la probabilité de ce péril que ses conséquences éventuelles : telle crainte justifiée ici, est absurde ailleurs (le paludisme en Alsace). De même, on peut légitimement redouter un accident d'avion, alors que d'être bloqué dans un tunnel de métro n'offre pas les mêmes risques.

Cette peur normale qui est ressentie face à ce qui menace l'existence même du sujet ou, tout au moins, son intégrité, exprime un instinct profond et naturel : l'instinct de conservation. Cette mise en question de soi que représente le danger ne peut être appréciée qu'avec une précision et un réalisme relatifs. Il est évident que les critères de la peur normale ne valent que pour un sujet capable de *jugement*, c'est-à-dire possédant à la fois la connaissance et l'expérience. L'un comme l'autre font défaut à l'enfant ; est-ce dire qu'il n'y a pas de phobies de l'enfant ? On ne saurait l'affirmer. Bien au contraire, cet âge est propice à l'éclosion de symptômes phobiques fugaces ou durables.

On peut penser qu'une peur chez l'enfant est d'autant moins appropriée, d'autant plus probablement pathologique, qu'elle se manifeste intensément, révélant une angoisse sous-jacente importante et irréductible pour des situations, des objets ou des actes dénués à l'évidence de tout contenu menaçant.

Les phobies de l'enfant sont une réalité, mais une réalité difficile, car on ne saurait transposer de l'adulte à l'enfant les thèmes, les conduites sans adaptations et corrections en fonction d'un contexte bien différent.

« On parle de phobie quand apparaît l'angoisse stéréotypée, apparemment absurde d'effectuer une activité simple. » (Clément Launay et Christian Col.)

Comme exemple, ces auteurs nous citent le cas de ces petits anxieux du sommeil qui ne peuvent regagner leur lit à cause de tel « petit bonhomme » plus ou moins onirique et magique.

Les phobies trouvent chez l'enfant, exposé à toutes les craintes que lui présente sa crédulité, un terrain favorable. À cet égard, la grande enfance de quatre à huit ans est assez féconde.

Soulignons au passage la part de responsabilité que prennent dans la genèse de ces « terreurs » les histoires plus ou moins merveilleuses et fantastiques, les contes de fées souvent inadaptés à l'âge de leurs auditeurs ; leur charme particulier et leurs richesses symboliques nous font oublier qu'ils sont quelque peu inaccessibles à de jeunes enfants.

On charge actuellement de tous les péchés la violence qui règne sur les films, les illustrés et dans les journaux ; elle possède à coup sûr un effet désastreux sur le sens moral, mais il y aurait lieu de mettre en garde les parents et les éducateurs contre des récits par trop « phantasmatiques » ou exclusivement symboliques destinés surtout aux adultes, ils renferment parfois des situations ou des personnages qui, grotesques pour un esprit adulte, sont terrifiants pour l'enfant dépourvu de sens critique ; et de même, contre ces films qui, destinés aux plus jeunes, recèlent maintes situations effrayantes. Quels parents n'ont pas été frappés et surpris de voir leurs jeunes enfants terrifiés par « Blanche Neige » ou « La Belle et la Bête » ?

L'enfant s'accommode mal d'un fantastique volontiers hostile à ses yeux et ne sait, ni ne peut en débarrasser sa vie de chaque jour.

La grande enfance, c'est aussi l'âge des zoophobies et des phobies-répulsion (peur des souillures, des microbes, des maladies...). La phobie peut être caractérisée par sa persistance, elle demeure alors rebelle au rassurement, aux tentatives de rationalisation et l'on découvre — sous-jacente — l'angoisse dont on ne saurait la séparer.

Quant à l'adolescent, plus enclin aux manifestations obsessionnelles certes, il se rapproche plutôt du phobique adulte. Les critères de jugement sont acquis peu à peu et le diagnostic entre peur et phobie se fait moins difficile.

Il est important de noter enfin, que la peur fait parfois le lit de la phobie ; celle-ci succède à celle-là, lui empruntant sa thématique ; et il est clair que maintes phobies de l'adulte trouvent leur origine, sinon leur cause, dans une peur de l'enfance.

2) La peur délirante

Elle n'est pas ressentie par le sujet comme pathologique, elle fait partie intégrante de sa personnalité.

La psychiatrie classique a opposé de façon nette l'idée délirante intégrée à la personnalité et l'« obsession », idée parasitaire et perçue comme telle par le malade. (Rappelons que l'obsession est alors confondue avec la phobie dans un même groupe symptomatique.)

Puis, certains admirent le passage possible des obsessions au délire (Pitres, Regis, P. Janet) tout en soulignant la rareté du phénomène : Pierre Janet compte sur 300 obsédés étudiés, 12 malades devenus délirants et 5 mélancoliques.

Le Professeur Michaux s'est attaché à cette étude du passage de la névrose au délire avec H.M. Gallot et A. Rouault de la Vigne.

Il montre que le délire requiert conviction et élaboration, deux éléments que l'obsédé n'est guère à même d'acquérir, inapte qu'il est aux certitudes et aux constructions.

Il y a cependant des obsédés qui passent au délire à la faveur d'un fléchissement de la *fonction critique*. Cet affaiblissement est permanent dans la démence, la débilité, la schizophrénie, et plus ou moins cyclique dans la psychose maniaco-dépressive.

Le Professeur Michaux a introduit la notion de « *reviviscences délirantes de rappel* » :

« Des dépressions minimales, des états de simple fatigue, même momentanée, peuvent substituer pour un temps à la phobie une phase de conviction délirante qui — même de courte durée — la fortifie et l'ancre davantage. »

Entre l'idée délirante intégrée et l'idée parasitaire, il est des mutations plus ou moins durables.

Il semble donc que s'ils peuvent égarer le diagnostic différentiel entre phobie et peur délirante à certains moments, ces passages permettent aussi de mieux comprendre la naissance et la persistance des phobies dont le renforcement paraît nécessaire à la survie.

3) L'obsession

La phobie est contemporaine, en théorie, de l'objet qui la fait naître ; l'obsession reste angoissante malgré l'éloignement de cet objet.

C'est ainsi que pour un claustrophobe vrai, la vue de l'ascenseur sera génératrice d'angoisse, alors que pour l'obsédé claustrophobique, la seule représentation mentale de la situation suffira à déclencher l'angoisse.

Mais bien sûr, ceci n'est pas absolu et nous verrons à propos des applications thérapeutique de Wolpe, quelles réserves sont à faire à ce sujet.

On peut ajouter qu'une phobie qui dure, et surtout certains types de phobies (des contacts, d'impulsion), peuvent à la longue prendre les caractères d'une obsession rendant ainsi le diagnostic encore plus délicat.

4) Les pseudo-phobies

Leur symptomatologie est identique, seuls diffèrent les mécanismes. La théorie freudienne adopte comme vraie phobie celle où la crainte d'une situation n'est pas née de l'association de cette situation et d'un danger réel.

Pour Freud, l'objet phobogène a une valeur symbolique dans la seule phobie *vraie* et la « symbolisation » est nécessaire pour parler de phobie.

L'école pavlovienne rejette tout symbolisme dans la genèse des phobies et soutient que le symptôme naît d'un vice de condition-

nement. On peut déjà envisager la différence conséquente des attitudes thérapeutiques : les psychanalystes chercheront à mettre en évidence le symbole et à le déchiffrer, afin de renforcer le Moi du sujet, tandis que les traitements d'inspiration pavlovienne s'attaqueront au seul symptôme néfaste considéré comme isolé.

5) L'angoisse flottante

Elle accable les sujets hyper-anxieux, « prêts à tout craindre ». Il s'agit en quelque sorte d'une prédisposition à ressentir comme angoissantes des situations ou des actes qui ne le sont pas par eux-mêmes, ou à majorer l'angoisse minime qu'ils recèlent.

Cette angoisse trouvera à se fixer sur des situations occasionnelles :

- retard d'un être cher ;
- attente d'une décision, d'un projet, du résultat d'un examen.

Elle pourra se porter sur des préoccupations corporelles (hypocondrie, etc.).

Il convient de distinguer cette angoisse flottante qui cherche à se fixer de la phobie vraie. Celle-ci s'accompagne de conduites d'évitement, de rassurement ou de contraphobie, le sujet est conscient de l'absurdité de sa crainte : le nosophobe sait la vanité de sa peur, l'hypocondriaque, au contraire, est persuadé de la réalité de son mal.

6) Les impulsions

L'impulsion est un *besoin irrésistible* et brusque d'accomplir un acte non raisonné ; la phobie d'impulsion est la *crainte* d'accomplir cet acte.

Le passage à l'acte existe dans le premier cas, dans la phobie d'impulsion au contraire, le malade, assailli par la crainte de commettre telle ou telle action honteuse, scandaleuse ou abominable, résiste à ce qu'il croit être une tentation et qui n'est en fait que la peur de l'idée de cette tentation. Il n'y a pas de passage à l'acte.

II. — Le diagnostic étiologique du symptôme phobique

La phobie reconnue, se pose le problème de son insertion dans un contexte nosologique. Est-elle un symptôme ou un faisceau de symptômes isolés ? Entre-t-elle au contraire dans le cadre plus vaste d'une névrose ? D'une psychose ?

1) Les phobies isolées

Certaines phobies sont tout au plus le signe d'une personnalité émotive ; leur potentiel anxieux est faible, leurs manifestations plus dérisoires qu'inadaptées (cris perçants devant un insecte, un rat, etc.).

On ne peut guère leur attribuer une signification péjorative : isolées et mineures, elles ne sauraient en aucun cas compromettre l'insertion sociale du sujet.

A côté de ces symptômes phobiques qu'on ne peut guère qualifier de pathologiques, on rencontre d'autres phobies au sein de troubles neurologiques ou psychiques plus marqués et mieux individualisés.

2) Epilepsie et phobies

Cette association est assez fréquente. On a noté par ailleurs la possibilité d'une certaine alternance entre les crises comitiales (les absences notamment) et l'apparition de thèmes phobiques (claustrophobie), l'apport de l'électro-encéphalographie est particulièrement précieux à cet égard.

3) Psychoses et phobies

Les phobies peuvent faire partie du tableau de certaines affections psychotiques sans être à proprement parler caractéristiques d'aucune.

a) *La psychose maniaco-dépressive :*

L'oscillation typique d'un épisode d'excitation à une phase mélancolique peut s'accompagner d'un passage de l'idée phobique du délire à la critique selon les qualités de la tension psychologique.

Ceci est net surtout pour ce qui est des phobies d'impulsion. Les thèmes peuvent se répéter de manière identique d'un accès à l'autre ou même précéder l'accès réalisant ainsi une sorte d'*aura* pré-critique.

M. le Professeur Michaux a insisté sur le fait qu'une idée délirante mélancolique peut, en se dépouillant de sa conviction, devenir une phobie durable, voire définitive.

Le diagnostic entre phobie et mélancolie repose au premier chef sur les idées d'auto-accusation, d'incurabilité et d'indignité caractéristiques de la seconde. Le contexte est différent par ailleurs : le phobique, s'il est anxieux, n'atteint jamais à ce degré de prostration désespérée du psychotique, il n'offre pas la symptomatologie somatique riche de celui-ci. La critique enfin est le propre de la phobie-névrose.

Bien qu'à l'occasion d'une baisse de tension psychologique cette critique puisse faire momentanément défaut, son absence durable est hautement évocatrice de psychose.

Pour ce qui est de la manie, la logorrhée, la fuite des idées, l'agitation même, accompagnées d'authentiques phobies, ne sauraient être confondues avec une névrose phobique simple.

L'évolution lève rapidement un doute éventuel.

b) *La schizophrénie :*

Comme l'obsession, la phobie peut accompagner une psychose dissociative et même en constituer un mode d'entrée privilégié.

L'importance du problème diagnostique qui se pose alors est évidente.

La variété considérable des thèmes possibles interdit de s'appuyer exclusivement sur eux pour trancher le débat, mais doit inciter au contraire à rechercher opiniâtrement les signes — quelquefois mineurs — en faveur d'une discordance.

C'est ainsi que sont de grande valeur une angoisse estompée, des compulsions très stéréotypées, un parasitisme mimique, des barrages.

L'impression générale du contact est capitale : rien n'évoque mieux le diagnostic de schizophrénie que cette impression si particulière de bizarrerie, d'étrangeté, cette impossibilité faite de malaise à pénétrer dans le monde du sujet.

Il convient de souligner la fréquence plus grande, semble-t-il, de deux thèmes privilégiés : la phobie des contacts et de la foule.

Elles sont à rapprocher de ce rite si souvent rencontré dans la schizophrénie : celui de la contemplation longuement poursuivie de ses propres mains par le malade, à la recherche de soi-même, tandis que la poignée de main est le plus souvent refusée.

L'autisme est le reflet de cette fuite des contacts avec autrui, avec un monde hostile et difficilement intégré.

M. C..., dix-sept ans, après une enfance et une adolescence sans histoire, s'est brusquement détaché de son travail au préjudice d'un rendement scolaire satisfaisant jusqu'alors. Parallèlement, la rêverie remplace toute activité sociale et l'instabilité précède de peu des troubles du comportement de type obsédo-phobique : lavage interminable du verre, de l'assiette, des mains ; ces ablutions deviennent presque permanentes.

Ayant jeté au feu un foulard, il explique qu'il le portait en parlant à un répétiteur du lycée que l'on croit atteint de tuberculose.

Ainsi s'est édifié un système complexe centré sur la bacillophobie du B.K. avec fermeture obstinée des fenêtres, refus de recevoir quelqu'un dans l'appartement.

A l'examen, ce « bacillophobe » se présente comme un authentique schizophrène discordant, non halluciné, mais en proie à de nombreuses stéréotypies gestuelles. Un an plus tard, après une cure de Sakel, les phobies ont disparu et seules quelques discordances restent perceptibles.

Assez voisine est l'observation de Mlle D..., dix-sept ans :

L'histoire clinique débute avec un refus de se rendre en classe, bien que fort brillante élève et aimée de ses condisciples. Sans nul trouble de caractère, elle poursuit chez elle ses études en recevant même assez volontiers ses professeurs et ses amies.

Durant dix-huit mois, on n'observe ni discordance, ni stéréotypie ; lorsque survient un épisode hallucinatoire, elle entend des voix, perçoit des courants électriques, sent une odeur d'eau de Javel. Une sismothérapie instituée fait disparaître les hallucinations en révélant la psychose dissociative sous-jacente.

Là encore, la phobie (démophobie) n'a été que le révélateur d'une schizophrénie incipiens.

Une modalité évolutive mérite d'être citée : il s'agit de la mutation, après cure de Sakel, d'une schizophrénie en obsédophobie à titre de névrose résiduelle.

c) Phobie et sénilité :

Cet effondrement de l'intelligence libère parfois une phobie de l'enfance contenue ou masquée jusqu'alors : brontophobie, musophobie, etc.

Le thème peut se rapporter aussi à un traumatisme affectif moins ancien ; tel le cas cité par le Professeur Michaux de cette femme âgée, atteinte depuis peu de la phobie des objets susceptibles de lui rappeler une ancienne infidélité conjugale qui l'accable de remords.

Cette récente phobie n'avait pu apparaître qu'avec l'affaiblissement considérable des fonctions intellectuelles.

4) Phobies et névrose

La phobie-symptôme n'est pas l'apanage de la seule névrose phobique, on la rencontre également dans la névrose d'angoisse, l'hystérie ou la névrose obsessionnelle où elle n'est pas rare.

a) La névrose d'angoisse :

C'est là que l'angoisse, base de toutes les névroses, existe dans sa forme la plus dépouillée, la plus intolérable. Aucun thème ne vient en atténuer l'acuité ; et l'incertitude, l'insécurité, l'indécision ne rencontrent ici aucun objet de dérivation.

La névrose d'angoisse est en quelque sorte « la peur pour rien » et, dans sa quête d'un thème fixateur et apaisant — mais toujours fugace —, elle devient angoisse de tout.

C'est faire parfois le lit de la pantophobie diffuse et non électorique.

Nous avons vu que Freud classait la névrose d'angoisse parmi les névroses actuelles, lui reconnaissant une origine différente de la névrose phobique. L'angoisse naît de l'insatisfaction ou de l'insatisfaction de pulsions ou de désirs. La *fixation*, mode de défense contre l'angoisse, permet de focaliser la peur, de la cerner mentalement et donc de l'apaiser en partie.

On voit que si la phobie et l'angoisse flottante avec paroxysmes critiques peuvent schématiquement être individualisées et constituent à l'origine deux entités phobiques et anxieuses bien séparées, l'angoisse peut devenir pseudo-phobie, puis phobie vraie en se structurant progressivement.

De même, la névrose phobique recèle à l'état permanent une participation importante et toujours disponible d'angoisse flottante. Le diagnostic, simple à première vue sur des critères logiques, peut ainsi devenir extrêmement délicat pour peu que se mêlent les symptômes opposés.

b) La névrose hystérique :

Deux rapprochements d'inspiration psychanalytiques peuvent être faits à cet égard, ainsi que le souligne le Docteur Hesnard.

En premier lieu, il existe un lien commun entre l'hystérie et la phobie : elles constituent l'une et l'autre un mode de défense relativement efficace contre l'angoisse née d'un conflit intra-psychique ; les hystériques triomphent par la somatisation de cette angoisse contre laquelle luttent les phobiques en évitant tel objet, telle situation devenue localisation de cette angoisse même.

En second lieu, Freud rapproche les phobiques des hystériques par leur régression assez comparable au stade œdipien.

Cependant, la somatisation assure à l'hystérique le triomphe sur l'angoisse autant que dure cette conversion, alors que le phobique ne trouve d'apaisement qu'incomplet et en évitant toute situation génératrice de son symptôme.

De même, l'hystérie, en ce qu'elle a de théâtral, d'impudique et de recherche maniérée d'un public à séduire, s'oppose manifes-

tement à la gêne, à la pudeur de sa souffrance dont fait preuve le phobique plus enclin à s'isoler qu'à se livrer. Le phobique localise peu à peu son angoisse sans l'abolir, l'hystérique la convertit brusquement et totalement.

Les deux processus sont bien différents, de même que les personnalités et les structures ; la défense contre l'angoisse n'est guère comparable : l'hystérique se leurre et trompe les autres, mais liquide — momentanément — son angoisse, le phobique ne peut que pallier la sienne en évitant l'acte ou l'objet qui l'incarne ; sa sincérité ne peut faire de doute et sa victoire est aussi incomplète que fugace.

Au point de vue clinique, la somatisation n'est pas le privilège de l'hystérique, et nous avons vu à quel point le souci de l'intégrité corporelle peut faire partie de la phobie ; cependant, le phobique redoute ou déplore cette atteinte plus qu'il ne la réalise. Surtout, il n'est pas aussi détaché d'elle que l'hystérique ; on ne trouve pas chez lui la « belle indifférence » chère à Charcot. Le phobique vit son drame, tandis que l'hystérique joue le sien.

c) *La névrose obsessionnelle :*

La symptomatologie est *a priori* différente, qui oppose phobie et obsession. Nous avons vu cependant avec quel retard se sont individualisées ces deux entités ; de même, la difficulté reste grande quelquefois de distinguer phobie vraie d'obsession phobique ou phobie d'impulsion d'obsession impulsive.

Pourtant, les symptômes classiques sont suffisamment précis et le pronostic assez différent pour que l'on s'attache à distinguer ces deux névroses.

En premier lieu, elles ont chacune un terrain psychologique propre ; Freud insiste à cet égard sur les rapports de l'une et de l'autre ; la personnalité de l'obsédé est « sédimentée » en quelque sorte en deux ou trois couches : une couche correspond à l'activité consciente, la ou les autres couches sont celles du *pré-conscient*. Ce qui explique qu'en dehors du domaine inconscient où s'exercent les tendances refoulées, la personnalité apparente de l'obsédé peut revêtir un aspect parfaitement équilibré ; le Moi normal, « de

vitrine » pourrait-on dire, est différent de Moi profond, inconscient qui, lui, demeure pathologique.

Quant au phobique, sa personnalité n'offre pas cet aspect bigarré, sa structure est unitaire et ne présente qu'exceptionnellement le visage composite de l'obsession, malgré l'angoisse dont le défend si mal son symptôme.

Au niveau des manifestations cliniques, la richesse obsessionnelle contraste avec la sobriété phobique; le plus souvent, on ne rencontre pas dans cette dernière névrose le cortège magique des rituels chers à l'obsédé. Le phobique se trouve seul face à sa « peur ».

Son comportement épouse assez bien l'intensité, le tropisme et les caractères de sa thématique, allant de l'évitement ou du rassurement simples aux réactions majeures franchement désocialisantes. Pour l'obsédé, au contraire, son comportement apparaît comme peu modifié, toute son activité est psychique : il ruse et lutte à la fois avec sa pensée et ses idées — lutte stérile et jamais achevée. On connaît la profusion, la diversité dérisoire et vaine de ces tics, de ces vérifications interminables ou de ces rites conjuratoires qui imprègnent la vie et la pensée des obsédés au point de leur devenir exclusive.

Le phobique n'est généralement pas en proie à ce rituel, si ce n'est le cas de phobies des souillures, de la pureté ou des microbes. En effet, de même que certaines obsessions s'accompagnent d'une angoisse systématisée d'allure phobique vraie, une phobie longtemps vécue peut s'obsessionnaliser.

Le diagnostic n'est donc pas simple, il est cependant fort important, car le pronostic et le traitement en dépendent et sont bien différents.

d) Les états hypocondriaques :

Il s'agit moins du délire hypocondriaque, assez facilement reconnu dans ses formes classiques, que des aspects d'hypocondrie névrotique qui, en raison de leur composante anxieuse, peuvent revêtir une allure voisine des nosophobies vraies.

L'angoisse de la névrose phobique peut s'exprimer par des symptômes corporels (palpitations, érétisme cardio-vasculaire, troubles digestifs, côlite membraneuse, etc.) et psychiques ; l'angoisse de l'hypocondrie n'offre guère cette objectivité symptomatique ; en revanche, les impressions subjectives paraissent plus troubles, plus vagues et, aussi, plus inexprimables.

Ces manifestations, que l'on peut nommer *cœnestopathies*, sont propres à l'hypocondrie et n'appartiennent pas au tableau nosophobique.

Les phénoménologistes donnent le nom de « *corporéite* » à cette conscience autoperceptive du corps qui est perturbé dans l'hypocondrie. On a pu affirmer dans ce sens que cette dernière était une corporéisation de l'activité psychique.

Pour Freud, l'hypocondrie est une altération de l'érotogénie, entendant par là qu'il y a concentration de l'énergie libidinale sur le corps ; le sujet ne peut assumer sa sexualité et régresse à une phase pré-œdipienne, en proie dès lors à une sexualité diffuse et douloureuse.

On mesure ainsi quelle différence de maturation caractérise et sépare phobie et hypocondrie aux yeux du psychanalyste. Nous avons vu que le fossé est aussi large au sens clinique, c'est pourquoi ce diagnostic ne semble pas devoir retener très longtemps. On peut ajouter que la « manière d'être » du sujet à sa maladie somatique présumée n'est pas identique selon que l'on est en présence d'une hypochondriaque ou d'un phobique.

Le premier se croit atteint de telle ou telle affection redoutable et classique (et à cet égard, le succès de l'infarctus myocardique et des cancers ne se dément pas). Mais ce mal terrible ou « infamant » n'est à ses propres yeux qu'une maladie répandue, banale presque, en tout cas connue. Le phobique, au contraire, redoute un mal mystérieux, moins classique, presque « personnel » ; on peut citer à ce propos une réflexion d'une nosophobique de la rage que rapporte le Docteur Hesnard :

« Je ne crains pas la rage des médecins, mais ma rage à moi. »

La névrose phobique et les méthodes d'investigation psychologiques

Ces nombreux diagnostics qui ont pu être évoqués les uns ou les autres à propos du symptôme phobique, nous conduisent à poser en dernier examen l'hypothèse de la névrose phobique elle-même.

Avant de nous y arrêter et de tenter d'en préciser les limites et les traits marquants, il ne semble pas inutile de citer brièvement quelques-unes des voies d'abord les plus importantes qui s'offrent au psychiatre, comme au praticien, dans l'exploration du psychisme de l'homme ou de la femme venu le consulter.

Les méthodes de la psychologie moderne sont nombreuses et variées, sans qu'il soit possible ou souhaitable de les opposer ou d'en négliger certaines au profit d'autres : elles se complètent utilement et ne s'excluent en rien.

Pour une plus grande clarté, nous pouvons suivre le schéma proposé par les Professeurs Delay et Pichot qui individualisent :

- L'INTROSPECTION aussi bien tournée vers l'individu lui-même que vers autrui.

La difficulté évidente de cette approche explique la multiplicité des causes d'erreurs et doit permettre de tenir compte de façon permanente de ces facteurs.

- L'EXPÉRIMENTATION, fort restreinte chez l'être humain, elle fait appel essentiellement aux substances psychotropes (narcose, amphétamines, psychodysléptiques, etc.).

Il convient de signaler à ce propos la toute particulière importance des phénomènes de conditionnement son-lumière tant spontanés qu'après l'action de diverses drogues psychotropes dans nombre d'états psycho-pathologiques (obsession, hystérie, etc.) qui ont été étudiés dans le Service de M. le Professeur Michaux.

- LES ÉPREUVES PSYCHOMÉTRIQUES font appel à une démarche différente de l'approche clinique tendant à permettre de comprendre l'état et le devenir mental du sujet.

Le Professeur Pichot en donne la définition suivante : « C'est une situation expérimentale standardisée servant de stimulus à un comportement. »

Ce comportement est apprécié statistiquement en fonction de celui d'autres sujets confrontés à la même situation.

On individualise les épreuves de *personnalité* (M.M.P.I., T.A.T., Rorschach) et les épreuves de *niveau* ou d'efficacité (Binet-Simon, Wechsler, Oseretzki).

Ces méthodes d'investigation apportent un concours très utile à la clinique dont elles ne sauraient en aucun cas être détachées.

- LA CINIQUE, en effet, reste la clé de l'abord psychique du sujet ; elle permet de mettre en évidence les mobiles ou les conflits à la base des symptômes. Individuelle, elle n'aboutit à une généralisation qu'à la lumière d'une multitude d'observations et grâce à la confrontation des différentes expériences pratiques.
- L'OBSERVATION DU COMPORTEMENT sera la plus objective possible, en distinguant avec Pierre Janet la *conduite* comme un comportement conscient et social.
- LA PSYCHANALYSE se propose avant toutes choses d'explorer le psychisme dans ce qu'il a de conscient, mais aussi d'*inconscient*. Pour cela, le mécanisme de la libre association permet de retrouver des souvenirs, des modes de penser, des affects oubliés ou réprimés. Le sujet, ainsi que le dit C. Koupernik, est « désafférenté », il doit laisser libre cours à son extériorisation, à l'évocation de ses rêves, de ses désirs, etc. Dès lors, tout est « signifiant », les silences aussi bien que les lapsus...

Pour Freud, les symptômes, les phantasmes correspondent à une certaine organisation psychique à un moment donné, donc à une structure. Si celle-ci n'est pas dépassée, il y aura un conflit ultérieur entre les pulsions et les interdits, entre le « ça » et le « Surmoi » : le souvenir de ce symptôme, de ce phantasme est refoulé dans l'inconscient, mais tend à réapparaître sous une forme masquée à l'état de veille ou dans le rêve. Et pour cela, afin

d'échapper à la censure du Surmoi, la pulsion se cache derrière une représentation symbolique.

Le rôle de la psychanalyse est de démasquer le symptôme afin de retrouver la pulsion causale et de permettre ainsi au Moi du sujet de reprendre son évolution à partir du stade de fixation jusqu'à un renforcement de ce Moi devenu adulte, équilibré et autonome.

- LA MÉTHODE PHÉNOMÉNOLOGIQUE délaisse l'étude de l'individu isolé de son contexte social pour accorder à ce dernier une importance prépondérante. Ce n'est plus l'essence de l'être qui est envisagée, mais bien son existence, c'est-à-dire lui-même se confrontant au monde et plus précisément à son univers.

On voit que l'on s'éloigne ici radicalement du mode de pensée objectif et, au Congrès de Tours, en 1959, le Docteur Hesnard parlait d'une orientation de la psychiatrie moderne vers un « *destin anthropologique* ».

Les phénoménologues reprochent au mode de pensée objectif de rejeter l'intérêt de la subjectivité humaine. Pour eux, le fait ne compte guère en ce qu'il est déjà désincarné et dépouillé de son contexte par l'esprit qui le présente ou l'analyse ; ils lui préfèrent le phénomène qui n'a pas été altéré par une élaboration secondaire et s'offre à l'état pur. Le phénomène est naturel, sans participation de notre esprit, à l'inverse du fait qui est interprétation de cet esprit.

La phénoménologie ne cherche pas à dégager de ses observations des lois générales, elle ne tend à aucune analyse, synthèse ou interprétation, mais seulement, grâce à l'intuition participante, à décrire afin de comprendre.

Le psychisme peut être caractérisé par une conscience tournée vers un objet :

« Toute conscience est conscience de quelque chose. » (Husserl.)

Ce mode de pensée qui se veut naturel et naïf, qui répudie les cadres trop rigides et les schémas *a priori*, trouve dans l'investigation psychiatrique un terrain d'application privilégié.

C'est une évidence que de dire que rien n'est plus néfaste dans ce domaine que les idées préconçues, le dogmatisme ou la rigidité.

Au contraire, chaque malade doit être écouté et « abordé » avec un esprit disponible et neuf. Cette démarche spirituelle nécessaire et pourtant si difficile à posséder, correspond parfaitement à ce que M. le Professeur Michaux appelle « la remise à zéro de l'aiguille des connaissances ».

Mais il faut que la formation du médecin lui permette cette plasticité intellectuelle et mette à sa disposition la culture et l'expérience les plus vastes possible.

En effet, l'approche phénoménologique n'est pas sans difficultés : elle souffre dans son expression verbale du flou et de l'imprécision du « vécu » qu'elle décrit ; elle constitue une voie d'approche et de compréhension particulièrement riche et intéressante, mais qui ne saurait pourtant être exclusive.

LA NEVROSE PHOBIQUE

Cette entité clinique n'acquit son autonomie qu'assez tardivement, puisque jusqu'à la fin du siècle dernier, elle fut englobée avec la névrose obsessionnelle dans un seul et vaste concept nosologique. Pierre Janet les confondait encore sous l'égide commune de la psychasthénie caractérisée pour le doute, le sentiment d'incomplétude et la baisse de tension psychologique. Puis vint Freud qui les distingua l'une de l'autre, attribuant à la névrose phobique une origine psycho-traumatique moins archaïque.

Cette névrose serait la cristallisation secondaire d'une anxiété diffuse. Le phénomène, on le voit, est voisin de celui qui conditionne l'hystérie: dans les deux cas, l'angoisse est fixée soit sur le soma, soit sur un « objet » de crainte ou de dégoût extérieur à l'esprit.

I. — Aspects cliniques de la névrose phobique

A) LES MODES D'ENTREE, LE DEBUT

Nous avons pu remarquer, au cours des différentes observations cliniques, combien étaient diverses, presque opposées quelquefois, les premières manifestations de la névrose.

Il est impossible de dégager — serait-ce dans un but de simplification — une période de début commune à la plupart des cas. Cependant on peut, en schématisant à l'extrême, réduire à trois catégories principales cette diversité déroutante.

- En premier lieu, et cela a été souligné et redit bien souvent, « les phobies de l'adulte chaussent les bottes des peurs de l'enfance ». On peut élargir le propos et dire que de nombreuses phobies de l'adulte sont une persistance ou la réapparition des phobies de l'enfance. Que celles-ci aient été bien tolérées, voire masquées, ou tout simplement considérées comme des craintes dérisoires et « enfantines », ou bien qu'elles aient disparu sans séquelles évidentes avant de ressurgir tout à coup à la faveur d'un traumatisme, d'un choc, d'une asthénie. Parfois, au contraire, on assiste à la structuration et à l'aggravation d'une phobie infantile, soit qu'elle diffuse à partir d'un thème anxieux unique, soit qu'elle concentre divers éléments phobiques en un thème unique et privilégié hautement anxiogène. On peut citer à cet égard le cas de cette jeune fille nosophobe induite par sa mère hypocondriaque dès sa petite enfance, qui avait acquis à la puberté une nosophobie réelle et indépendante avant de systématiser son angoisse en une dysmorphophobie d'allure nettement sexuelle. On est en présence ici, d'une phobie de l'enfance, d'abord d'imitation en quelque sorte, puis rapidement autonome, mais que l'on pourrait qualifier d'« à la recherche d'elle-même » jusqu'au moment où migraines et troubles digestifs sont remplacés par le thème génital durable.

- A côté des phobies ou des craintes de l'enfance qui persistent, s'aggravent ou réapparaissent soudain, nous découvrons l'importance primordiale des états anxieux ou de la névrose d'angoisse elle-même en tant que mode d'entrée dans la névrose phobique. Les observations à cet égard sont nombreuses.

Telle est l'histoire de cet industriel de quarante-deux ans atteint d'une phobie du chemin de fer et de l'avion qui gêne considérablement son activité depuis de longues années. Il décrit son trouble comme l'impression de sentir l'espace se dérober sous lui.

A l'interrogatoire, il apparaît que la phobie a succédé à une longue période riche en accès d'angoisse. Ceux-ci survenaient sans cause évidente, voire dans des situations apparemment anodines et sécurisantes. Puis les crises s'espacèrent et cessèrent avec le mariage pour faire place à la phobie citée.

Cet exemple illustre assez bien l'espèce de « gestation » de la phobie que semble réaliser l'angoisse. Comme si, là encore, l'esprit cherchait à fixer une angoisse floue et impalpable sur un thème, un objet évitable. Cette « cristallisation phobique secondaire » apaise et émousse en quelque sorte l'angoisse en la fixant hors du Moi.

On peut ajouter à propos de cette même observation que la véritable phobie dont souffrait ce malade n'était pas celle des chemins de fer ou de l'avion, ainsi que le laissait croire la symptomatologie superficielle, mais bien une phobie plus générale de l'espace. Assez voisine de l'agoraphobie en ce qu'elle est crainte anxieuse comme celle-ci de se perdre, de se dissoudre dans un infini impalpable et hostile, elle exprime assez bien ce que l'on pourrait appeler le *négatif* du cliché positif que constitue la jouissance sexuelle où, là encore, l'esprit se dissout et ne se situe plus mais ne se perd pas.

C'est en ce sens qu'on a pu dire, avec le Docteur Hesnard notamment, que l'*angoisse* était le renversement de l'*extase*.

- Enfin, il est des phobies qui apparaissent à l'âge adulte sans que l'on puisse en retrouver une trace ou un équivalent dans la vie infantine ou adolescente, ni qu'un quelconque épisode anxieux n'en ait laissé présager l'apparition.

Ces phobies, apparues *ex nihilo*, ne diffèrent en rien des précédentes ; comme elles, elles sont soumises à des variations, à des rémissions, à des aggravations aussi bien qu'à des mutations de thèmes. Elles possèdent la même charge anxieuse que celles ayant succédé à une névrose d'angoisse et semblent enracinées aussi profondément que les phobies persistant depuis l'enfance.

Tous les thèmes peuvent être présents ici comme dans les deux autres modes de début, y compris les phobies d'impulsions, ainsi qu'en témoigne l'exemple de cette jeune femme de vingt-huit ans qui présenta, deux mois après un pénible accouchement, une peur anxieuse d'étrangler son enfant d'allure manifestement phobique. On ne découvre aucun antécédent semblable ou anxieux en dehors du choc obstétrical. Cette phobie, accompagnée de con-

traphobie et de réactions de fuite, dure plusieurs mois avec une alternance d'amélioration et de récidives et, bien sûr, sans aucun passage à l'acte. Nous avons ici la notion d'une apparition primitive favorisée par un choc psycho-affectif sans que celui-ci d'ailleurs soit constant ou nécessaire.

— Il convient d'évoquer à ce propos le problème du terrain et de l'hérédité pour y revenir plus longuement ensuite.

La notion de personnalité prédisposée est capitale et, à l'encontre de certains de ses élèves, Freud ne songe pas à nier l'importance de ce facteur.

L'exemple est assez fréquent de phobies qui semblent « familiales », sinon héréditaires, comme si ce mode de défense contre l'angoisse se transmettait à la manière d'un quelconque trait de caractère ; l'observation précédente de cette jeune femme dont la mère elle-même était nosophobique, illustre ce phénomène de façon intéressante. Cependant, il est évident que ce qui peut être héréditaire, c'est le terrain — une certaine manière d'être et de réagir — et non pas la phobie ; que le thème choisi soit le même (ainsi qu'il arrive quelquefois) est le fait d'une communauté de contexte, de ce que l'on pourrait nommer contamination, influence ou imitation.

Cette plasticité mentale, cette adhérence à l'ambiance nous rappellent encore combien la névrose phobique est proche de l'hystérie par son mécanisme de défense, sinon par sa structure névrotique.

Il est clair enfin que ce qui domine cet aspect de « phobie héréditaire », c'est la permanence d'un terrain émotif commun.

B) LA NEVROSE PHOBIQUE AVEREE

L'affection possède alors ses caractères propres qui, bien que susceptibles d'évoluer, sont suffisamment constants et typiques pour permettre une description d'ensemble. Elle réalise un état permanent et évolutif d'angoisse.

En dehors de la personnalité, sur laquelle nous reviendrons, la névrose phobique est remarquable par ses *thèmes* d'une part, et par les *conduites* qu'elle dicte au sujet d'autre part.

1) Les situations

Nous avons évoqué, à propos de la classification de Pitres et Regis, la multiplicité des thèmes ; en fait, plutôt qu'à des thèmes précis, c'est à des situations phobiques que l'on se trouve confronté.

Au symbolisme de l'objet phobique est étroitement mêlé un « mode d'être » affectif propre au sujet.

On peut schématiser ces situations en situations *spatiales*, *sociales* et de *confrontation avec soi-même*.

a) LES PHOBIES DE L'ESPACE sont certainement les plus fréquemment rencontrées, on connaît celle des espaces découverts, des espaces clos, mais aussi la phobie des espaces sombres, des moyens de transport, etc. Elles ont en commun cette sensation de ne pouvoir se situer en référence à quelque chose de fixe, ce sentiment angoissant de se diluer dans l'ineffable inconnu et hostile.

b) LES PHOBIES DE CONTACT concernent les relations avec autrui : que ce soit le contact humain dont le trac et l'éreuthophobie sont à des niveaux différents de bons exemples, ou encore le contact avec les animaux. (Nous avons vu que les zoophobies peuvent être le plus souvent considérées comme des persistances de phobies enfantines — J. MALLET.) On peut citer parmi ces situations phobiques de contact, celles qui mettent en cause les objets contaminants (microbes, souillures, saleté).

L'importance du *facteur de dégoût* est prépondérante à l'égard de ces objets que Hesnard nomme « objets maléfiques de dégoût » et à propos desquels la pensée inspiratrice retrouve « les grands traits de la mentalité magique du précivilisé ».

c) D'autres situations phobiques sont celles où le sujet se trouve CONFRONTÉ AVEC LUI-MÊME, ou du moins l'image qu'il s'en fait ; la phobie de la maladie, de la mort n'est-elle pas celle de sa maladie, de sa mort ?

Proches de celles-ci sont les phobies d'impulsion qui sont avant tout des peurs de soi-même et où — ainsi que le soulignait Regis — sont confondus la peur et le désir.

Un fait est à souligner : c'est l'importance de la vue dans la situation phobique, ou plus exactement de la représentation visuelle de cette situation (au sens large du terme, c'est-à-dire incluant la confrontation avec un objet ou soi-même). Pour l'agoraphobe, c'est la vue de la place publique ou de l'avenue qui déclenche l'angoisse, celle du rat chez le musophobe, celle du salon où il va pénétrer pour l'éreuthophobe ; la vue du cou de son enfant entraîne aussitôt la phobie d'impulsion d'étranglement chez la mère dont nous avons cité l'observation.

Nous verrons l'importance de ce fait visuel lors de l'étude du mécanisme phobique.

Au total, nous avons noté l'existence de thèmes phobiques qui, pour être privilégiés et susceptibles d'une classification cohérente, n'en sont pas pour autant exclusifs. De même, les situations phobiques ou les objets redoutés qui sont des faits concrets ne sauraient constituer une liste limitative : toute situation est susceptible de devenir phobique

Pourtant ces faits sont remarquables et capitaux car ils constituent les caractéristiques de la névrose ; si l'objet ou la situation font défaut, la phobie n'apparaît pas.

Contre eux, le malade lutte par des gestes, des attitudes qui sont phobiques autant que les premiers et qui constituent le comportement fondamental de la névrose.

2) Les conduites

Elles ont pour but de conjurer l'angoisse et elles forment à ce titre les constituants typiques et constants de la névrose phobique.

Il importe avant toute chose au sujet de ne pas se trouver confronté avec la situation ou l'objet sur lequel il a fixé son angoisse névrotique, ou tout au moins de ne pas subir cet affron-

tement sans une protection symbolique, voire rituelle, qui désamorce à ses yeux la charge anxieuse redoutée.

Deux attitudes sont couramment adoptées :

a) L'évitement :

C'est l'acte évident, naturel, sinon toujours logique face à un danger, ou une terreur. L'objet ou la situation anxiogène doivent être évités à tout prix sous peine de déclencher la crise anxieuse. Il faut donc « ruser » avec l'objet et avec soi-même, afin de se soustraire à la confrontation avec le tabou.

Les moyens employés sont multiples et en rapport avec l'objet ou la situation en cause.

Les phobies de l'espace nous offrent l'illustration la plus fréquente de ce comportement de fuite :

Nous avons cité le cas de M. M..., quarante-quatre ans, agoraphobe, qui avait vécu sa première expérience spatiale place de la Concorde.

Au décours de la crise, il a pu reprendre son activité à la condition d'éviter la place fatidique.

Puis le boulevard Haussmann est le théâtre d'une nouvelle crise et devient « tabou » à son tour, infréquentable sous peine d'angoisse. Il est à noter que M. M... peut parfaitement circuler sans angoisse dans sa propre automobile.

Ce procédé bien connu de dérivation correspond à une tactique fréquente d'évitement. M. le Professeur Michaux y insiste en remarquant que cette influence apaisante est proportionnelle à la complexité de l'activité déployée. C'est ainsi qu'elle diminue avec l'habitude et l'acquisition d'automatisme.

Un autre trait, proche à certains égards des rites conjuratoires, est assez fréquent chez le phobique : il s'agit de son attirance pour les activités de calcul qui lui permettent d'abstraire sa pensée dans l'incantation des chiffres.

Le Docteur Ey cite cette jeune femme hyperactive et agoraphobe :

« Je fais n'importe quoi et je tâche de vivre le plus vite possible, afin de ne pas penser et que ça se passe. »

C'est la distraction de soi-même à tout prix, au sens pascalien, ne pas pouvoir demeurer en repos dans une chambre.

Très démonstrative de cette stratégie d'évitement est l'observation suivante :

Cet homme de quarante ans est atteint de la phobie des contacts sociaux au point de ne jamais sortir de chez lui que fort rarement et sur sa motocyclette exclusivement.

Dans la rue, à pied, toute rencontre lui est pénible. Un ami l'aborde-t-il ? L'angoisse l'étreint aussitôt, ainsi qu'une sensation d'étrangeté et de malaise physique. La situation est vite intolérable et le contraint à fuir.

On retrouve ici la dérivation sous la forme d'une moto qui seule rend possible la confrontation non anxieuse avec le monde ; et aussi, la quasi-claustration que s'impose le sujet plutôt que d'affronter le risque du contact.

L'évitement est si puissant qu'il peut conduire à l'héroïsme, tel est le cas cité par M. le Professeur Michaux d'un homme qui demeurerait obstinément hors des abris durant les pires bombardements, affectant un ironique mépris du danger. En fait, la peur des souterrains chez ce claustrophobe l'emportait de beaucoup sur la crainte des bombes :

« La phobie peut vaincre la peur, puisqu'elle a sur elle la supériorité de l'instinctif sur le rationnel. » (Professeur Michaux.)

Il est des cas pourtant où l'évitement intégral n'est pas possible, aussi faut-il recourir à diverses ruses ou stratagèmes grâce auxquels le malade joue à cache-cache avec sa phobie : les agoraphobes partagent leurs périple en plusieurs étapes, empruntent des arcades, évitent les plages ensoleillées, etc.

Les éreuthophobes se fardent, se font bronzer avec frénésie ou portent des verres fumés ; on a même cité le cas de sujets devenus alcooliques afin de masquer leur désarroi paroxystique sous une érythrose permanente.

M. le Professeur Michaux nous a cité le cas d'un homme qui exigeait au restaurant une place près de la porte « afin de surveiller sa voiture », disait-il, et parvenant ainsi tant bien que mal à déjouer sa claustrophobie.

Proche de cet héroïsme à rebours est la réussite sociale qui sanctionne parfois cet autre mode d'évitement qu'est la *fuite en avant* :

Tel est le cas de cet homme de quarante-cinq ans qui, ayant réussi en peu d'années à gravir tous les échelons de sa carrière, se trouve soudain au sommet de l'échelle sans barreau plus élevé qui puisse capter son énergie et le sortir de lui-même.

En peu de jours, apparaît et s'installe une névrose phobique.

Ceci n'est pas sans évoquer la rapide décompensation psychologique qui accompagne souvent la cessation brusque de toute activité lors de la retraite. On a pu dire que l'inactivité engendre la névrose. Et cette fuite en avant du phobique n'est peut-être que l'exagération morbide d'un processus normal d'équilibre et d'intégration sociale.

b) Le rassurement :

Il importe avant tout de ne pas être seul face à l'angoisse, désarmé devant sa propre phobie ; la protection requise est indispensable et suffisante pour atténuer, voir éliminer le symptôme tant que dure celle-ci. Le maléfice phobique évoqué par le Docteur Hesnard et Lévy-Bruhl, à propos de la thématique, apparaît encore dans les moyens de protection du malade.

« Un peu moins souvent que l'obsédé, le phobique recourt à des fétiches protecteurs. » (Professeur Michaux.)

On peut citer l'exemple classique des agoraphobes que rassure la présence à leurs côtés d'un enfant, d'un animal familier, voire d'un inconnu. Un objet parfois peut symboliser cette présence et en tenir le rôle.

Une malade du Docteur H. Ey expliquait ainsi ses contacts avec le monde inanimé :

« Il y a des objets inquiétants, ce sont ceux qui ont une surface rugueuse, rêche, inégale ou froide : tricots à côtes, velours, toile rude, caoutchouc, plastique. Tandis que ceux qui ont une surface douce, chaude et lisse sont rassurants : lainages fins, peaux fines, toiles souples. »

Telle malade atteinte d'une phobie de la défécation intempes-
tative a dressé, pour chaque déplacement qu'elle doit effectuer,
un répertoire des endroits où elle pourrait satisfaire un éventuel
et importun besoin.

Ces lieux (cafés « corrects », domiciles des parents ou d'amis)
sont des abris qu'elle ménage à son esprit contre l'angoisse : ils
la rassurent et leur existence dissipe son appréhension.

Ces protections vaines, dérisoires et complexes, ne sont pas
sans évoquer le rituel obsessionnel, nous l'avons vu ; mais elles
participent davantage de cette activité mentale qui consiste à occu-
per à tout prix sa propre pensée par une activité purement intel-
lectuelle (voire automatique) ou par des gestes simples, afin d'em-
pêcher que s'offrent à la conscience l'objet ou l'action angoissante.

c) La contraphobie :

Plutôt que de mettre en jeu une fois encore les stratagèmes
pénibles de l'évitement, ou lassé de se jouer la comédie du rassu-
rement, il arrive que le phobique ait recours à cette espèce de
bravade qui lui fait défier sa phobie, cherchant à se prouver qu'il
en reste le maître.

N'y a-t-il pas derrière ce geste héroïque et puéril, un secret
espoir de rejeter hors de soi à jamais le symptôme (pourtant créé
par son propre système de défense) en même temps que l'angoisse
qui l'a fait naître ?

De même que l'on peut considérer l'évitement comme typique
des phobies de l'espace, la contraphobie, qui est une attitude bien
plus rare, se rencontre préférentiellement lors des phobies d'im-
pulsion.

Nous avons déjà évoqué cette jeune femme de vingt-huit ans
atteinte de la phobie d'étrangler son bébé. Cette crainte, qu'elle
prend à tort pour un désir, subit une évolution qui fait alterner
conviction et critique. Au cours de ces épisodes où généralement
évitement et rassurement se partagent la scène, il arrive que cette
mère, exaspérée par cette pensée qui lui est odieuse, cherche à
s'en prouver l'inanité : elle joint ses mains autour du cou de son
enfant et se contraint à demeurer ainsi de longues minutes ; puis,

soudain, l'angoisse la submerge et la jette hors de la chambre, dans une fuite éperdue.

On peut remarquer à ce propos comme étant classique et à peu près constante de la contraphobie, la séquence caractéristique :

Défi, Echec, Renforcement phobique

De cet affrontement de l'esprit contre lui-même, nulle guérison ne peut jaillir ; en effet, c'est une erreur de croire ou de laisser croire qu'une phobie puisse être « raisonnée » puisque, par essence, elle n'est pas raisonnable. Cette tentative est vouée à l'échec dès son origine et, comme tout révolte qui échoue, elle laisse au sujet un sentiment de vanité de la lutte, une impuissance séquelle qui n'aboutit qu'au renforcement du symptôme.

Ajoutons que la contraphobie peut revêtir quelquefois l'aspect d'un procédé efficace de lutte, ceci lorsque le sujet traverse une période d'atténuation phobique spontanée.

La rémission ne saurait être durable, encore moins définitive. Quant au processus de défense contraphobique, il ne saurait être employé contre une symptomatologie riche et solidement ancrée.

d) L'acceptation :

Evitement, rassurement et contraphobie sont des procédés de lutte qui tendent, par des moyens divers, au même but : la suppression du symptôme. Tous refusent l'irruption de la phobie dans le champ de la conscience. M. le Professeur Michaux cite, en outre, une attitude différente et plus rare qui consiste pour le malade à reconnaître l'existence, sinon la légitimité de sa propre phobie et à l'accepter comme telle.

Le thème, ailleurs redouté et combattu, est ici admis et toléré dans une sorte d'abandon qui permet au sujet d'échapper ainsi, au prix d'une préoccupation intermittente, aux maléfices de l'angoisse. Cette attitude rappelle celle dont nous avons déjà souligné l'importance lors des nosophobies rituelles de conjuration. Ce concept, introduit par le Professeur Michaux, oblige le nosophobe à vivre avec l'idée d'un mal plus ou moins grave, sinon incurable, afin d'en exorciser la puissance magique et ainsi de s'en débarrasser.

Dans cette acception de la phobie, le malade obéit à une motivation semblable : pour lui, le symptôme reconnu et accepté est moins redoutable puisqu'il n'est pas défié.

L'important est de ne pas l'ignorer, sa présence rituelle suffit à conjurer ce qu'il peut avoir de maléfique et qui est lié au mystère ou à l'ignorance. La recherche de guérison absolue est ici sacrifiée « sur l'autel de la sécurité, non en sacrifice expiatoire, mais propiatoire » (Professeur Michaux).

e) Le contexte :

Il ne saurait y avoir des cas phobiques isolés sans qu'interviennent les actions et les réactions du monde extérieur.

L'univers familial, social ou professionnel du sujet aura tôt ou tard et à différents niveaux son rôle à jouer.

- LA FAMILLE peut être le théâtre ou même la cause favorisante du déclenchement de la névrose, plus souvent de sa persistance ; l'exemple de cet homme de trente-deux ans ayant développé une ptosiphobie à la suite de quelques malaises dus au pyramidon est démonstratif. Sa femme, douce et maternelle, l'incite à rester chez lui un, deux, puis trois jours et l'accompagne le quatrième jour. Cette « protection » devient habituelle et contribue à fixer la phobie ; ceci met bien en évidence son rôle néfaste.

En revanche, la perte d'un être cher qui assumait, à la place du malade en quelque sorte, les responsabilités de chaque jour, peut amener une régression, voire une disparition de la phobie. Nous sommes, à cet égard, au point de jonction entre phobie-symptôme et phobie névrose.

- LE MILIEU SOCIAL OU PROFESSIONNEL possède, lui aussi, une action importante dans l'évolution et l'enracinement des phobies ; il lui est parfois difficile d'admettre la réalité d'une affection qui offre à bien des égards l'aspect d'un caprice ou d'un enfantillage. L'attitude de l'entourage face à cet homme ou à cette femme malheureux et anxieux n'est pas toujours empreinte de la compréhension souhaitable.

Le phobique a besoin davantage d'aide que de sollicitude, et

rien ne saurait lui être plus néfaste qu'une protection débilitante autant que bienveillante ; celle-ci, en effet, majore son angoisse en paraissant la légitimer, sinon la partager, et augmente sa dépendance, la fixe et renforce le symptôme.

Les trop longs congés de maladie, les retraites prématurées comme le « cap » délicat de la ménopause constituent de redoutables obstacles à la bonne insertion sociale du phobique.

II. — L'évolution

La lutte contre la phobie prend dans la vie du malade une place grandissante en fonction du thème et des situations déclenchantes : un représentant de commerce sera plus gêné qu'un expert comptable par une éventuelle agoraphobie. Certains thèmes exposent plus que d'autres à une évolution vers la désocialisation.

Quelques névroses phobiques évoluent de façon chronique sans qu'interviennent amélioration ou aggravation. Cette forme « kystique » semble plus volontiers en rapport avec une forme mineure, tant par l'angoisse développée que par le retentissement social de la névrose. Quelquefois, d'ailleurs, on ne peut parler de névrose phobique *stricto sensu*, mais bien plutôt de symptôme phobique isolé, parfaitement compatible avec une vie, une activité, un comportement normaux :

Telle cette femme qui présentait depuis l'enfance une claustrophobie modérée élective pour les toilettes sans fenêtre et les ascenseurs clos ; le symptôme est parfaitement critiqué mais difficilement vaincu, sans pour autant altérer le comportement de l'insertion sociale.

La ménopause n'a entraîné qu'une majoration faible et fugace de la symptomatologie demeurée par ailleurs isolée.

— On doit citer de même l'existence d'épisodes phobiques sans lendemain, survenant — semble-t-il — à la faveur d'une fatigue générale, d'un choc psychique, etc.

Telle jeune malade de dix-neuf ans présente, à l'occasion d'une primo-infection tuberculeuse, une éreuthophobie authentique et fugace sans séquelles. Ceci, il est vrai, sur un terrain particulièrement émotif qui peut laisser craindre une récurrence ultérieure.

— L'évolution la plus fréquente de la névrose phobique est faite d'une alternance assez peu régulière et non cyclique de phases de rémission et d'aggravation, au gré des traumatismes éventuels ou, plus simplement, des événements de la vie du sujet (voyages, deuil, changement de résidence, etc.).

L'influence des épisodes « asthéniants », tant psychiques que physiques, est remarquable : une grippe peut être le point de départ d'une phobie ; mais, de la même façon, la soudaine nécessité de travailler peut faire régresser considérablement telle phobie jusqu'à rebelle.

Deux étapes jalonnent cette évolution, nous l'avons vu : la ménopause (et à un degré moindre, l'andropause) et la retraite, que M. le Professeur Michaux nomme une « ménopause professionnelle ». Ce sont là deux occasions majeures pour la phobie de s'aggraver ou de se décomposer :

Mme T..., soixante-treize ans, après une jeunesse facile de chanteuse célèbre et fêtée malgré un « trac » importun, épouse un maître du barreau assez peu scrupuleux. Le ménage n'est guère heureux, d'autant que la situation pécuniaire se dégrade peu à peu, imposant à Mme T... des restrictions de train de vie accrues. A cette époque, elle a cinquante-deux ans et traverse une ménopause sans histoire.

Pourtant, parallèlement à la baisse de niveau de vie, Mme T... réduit notablement ses sorties : une femme de ménage fait ses courses. Cette dernière partie, le mari s'acquitte de cette tâche, tandis que Mme T... reste cloîtrée chez elle. Peu à peu, c'est une véritable claustration avec désocialisation qu'a conduit cette fuite de la rue, « du monde », pourrait-on dire. C'est alors qu'intervient l'événement décisif qui va bouleverser l'évolution : le mari est brutalement emporté par une pneumonie.

Au début de son deuil, des voisins, des amis compatissants se chargent des courses et lui viennent en aide, lui évitant toute sortie.

Puis les bonnes volontés s'émoussent et, peu à peu, Mme T... se voit délaissée et contrainte de retrouver les activités extérieures normales, angoissantes et oubliées. Elle sort d'abord à la tombée de la nuit, en longeant les murs et pour de brèves expéditions dans les plus proches boutiques. Et progressivement le périmètre s'élargit, les promenades réapparaissent en compagnie d'un chien, au grand jour même, parfois au soleil sur le bord de la mer « pour le plaisir ».

La disparition brusque de l'influence néfaste inhibitrice permet au sujet d'acquérir peu à peu son autonomie d'adulte et de se débarrasser ainsi d'une symptomatologie qui n'était que le masque de son inadaptation.

— Nous verrons, à propos des formes cliniques, que les « phobies extensives » se définissent par leur évolution en tache d'huile qui restreint considérablement, et parfois assez rapidement, le champ d'action et la vie sociale du sujet.

M. le Professeur Michaux, dont nous citerons à ce propos deux observations, pense qu'il s'agit là d'une phobie à la deuxième puissance.

On ne peut manquer, en effet, d'être frappé par le fait que la névrose phobique est celle qui évolue le plus volontiers vers la psychonévrose par la conviction qu'elle acquière en phase de baisse de tension psychologique et aussi par le comportement d'évitement du facteur déclenchant, ceci aboutissant à un véritable refus de la société.

— Il faut remarquer, à côté de ces phobies extensives dont le thème se renforce ou diffuse, la présence possible d'accès dépressifs au cours de la névrose phobique. A la faveur d'un épisode de simple fatigue du dépressif mineur, la phobie peut ne plus être ressentie comme pathologique, étrangère au sujet ; la critique permanente laisse place pour quelque temps à la conviction délirante, à ce que M. le Professeur Michaux nomme des « *instants délirants* ». Ceci est vrai surtout dans le cas des phobies d'impulsion dont le caractère pathologique et parasitaire est perçu ou non par le malade selon les variations de sa tension psychologique.

— Nous voulons souligner enfin l'évolution d'une phobie persistante vers l'obsession : « Toute phobie qui dure peut s'obsessionnaliser. »

Ce processus assez rare s'exerce plus volontiers à propos des thèmes de contact et d'intégrité corporelle où la notion de dégoût — capitale — prédomine.

Cette évolution se manifeste par une structuration plus marquée, une ritualisation ; d'anxieux et accessible, le phobique devient systématique et compliqué. On peut qualifier d'obsessionnelle la

phobie des microbes de cette femme de cinquante-deux ans dont nous avons cité l'observation et qui imposait à son mari, pharmacien, des lavages incessants et caustiques.

De même, cette malade du Docteur Hesnard, atteinte d'une phobie des contacts infectants qui se lave plusieurs dizaines de fois par jour et se badigeonne avec insistance de cotons imprégnés d'alcool, déféquant dans le jardin non sans avoir arrosé le sol et les arbustes voisins d'alcool.

Ceci aboutit, comme peut le faire la phobie extensive, à une véritable psycho-névrose non critiquée. L'obsessionalisation est loin cependant de constituer un mode évolutif fréquent ; peut-être d'ailleurs la pensée s'empreint-elle alors seulement de rituels et de compulsions, tandis que la personnalité reste phobique, anxieuse et capable d'élaboration. Il est important de faire la part de chaque mécanisme, l'approche psychothérapeutique ne pouvant être identique pour ces deux types de fixation névrotique.

— La névrose phobique enfin peut se stabiliser dans l'hypothèse de conduites de défense suffisamment efficaces et si les pulsions et les défenses s'équilibrent.

« Les sujets se comportent alors envers leurs objets phobogènes comme les enfants dans leurs jeux : ils en ont peur et aiment à s'en faire peur. » (Henri Ey.)

III. — Les formes cliniques

Selon la thématique, on peut distinguer des *formes monosymptomatiques* à thème unique ou unitaire (claustrophobie par exemple, portant sur les espaces clos, les ascenseurs, etc.) et des *formes plurisymptomatiques*, plus fréquentes, où coexistent ou se succèdent plusieurs thèmes proches ou divers.

Bouvet sépare nettement névrose phobique simple et névrose phobique grave ; M. le Professeur Michaux précise cette distinction en individualisant les phobies simples, les phobies extensives et les phobies centrifuges.

a) LES PHOBIES SIMPLES sont caractérisées par une apparition de l'angoisse lors de la confrontation avec une situation déterminée, donc évitable le plus souvent. Cette forme est parfaitement compatible avec une vie normale et une activité professionnelle qui conditionne même le bon équilibre et l'adaptation du sujet.

b) Au contraire, dans les PHOBIES EXTENSIVES, le phénomène « incipiens » se propage et s'étend progressivement.

Ceci bien mis en évidence par l'observation de cette jeune fille de quatorze ans qui, à la suite d'une chute sur le verglas, autour d'une fontaine gelée de l'île Saint-Louis, ne voulut plus emprunter le trottoir du « drame ».

Puis, peu à peu, la rue elle-même est obstinément évitée, l'île enfin, et la famille se voit contrainte au déménagement.

L'extension entraîne le plus souvent une telle gêne pour le sujet, du fait de l'évocation anxiogène à elle seule du thème, que l'adaptation sociale est compromise. On arrive à une véritable « phobie de la phobie ».

c) Quant aux PHOBIES CENTRIFUGES, elles réalisent le degré de gravité supérieur : le malade « impose à son entourage les procédés d'évitement de sa propre phobie ». Nous sommes bien proches ici de la psycho-névrose.

Nous venons d'envisager les intensités respectives de quelques types de névrose phobique.

A côté de ces formes, il en est d'autres où la phobie est associée à une composante d'angoisse majeure, mais telles qu'elles ne fusionnent pas en une phobie organisée sur un thème unique.

Ces névroses phobiques sont un compromis entre l'angoisse pure et les symptômes plus ou moins structurés ; elles sont relativement fréquentes et compromettent la vie sociale active du sujet.

L'anxiété représente un terrain de choix pour l'éclosion des phobies ; on conçoit que leur association soit non exceptionnelle et privilégiée.

L'imbrication de la phobie et de l'obsession a été le point de vue de la psychiatrie avant Freud.

Nous avons évoqué ce problème à propos de l'évolution de la névrose phobique, en soulignant que la rigidité obsessionnelle contraste de manière importante avec la fluidité phobique. On peut remarquer, en outre, que le passage de l'obsession au délire est moins exceptionnel que celui de la phobie.

LES PHOBIES DE L'ENFANT

Légrand du Saulle, en 1875, invoque le premier l'existence de phobie-obsession chez l'adolescent.

En 1894, Seglas confirme cette opinion et l'étend aux enfants. Pour Pitres et Regis, en 1902, 46 % des « obsessions » ont leur origine entre cinq et quinze ans.

Quant à S. Freud, il écrit :

« Toute névrose chez un adulte s'élève sur la base de sa névrose infantile. »

Cependant, il ne saurait être question de s'en tenir à une simple transposition de ce que nous savons de l'adulte à l'enfant ou à l'adolescent.

Tels troubles seront sans lendemain, tandis que d'autres formeront la base d'un état névrotique ultérieur et durable.

Deux âges sont particulièrement favorables à l'apparition des phobies : la grande enfance (de quatre à huit ans) et la puberté (de treize à quinze ans).

L'enfant est essentiellement émotif et dépourvu d'expérience ; par là même, le jugement lui fait défaut et la peur — irrationnelle ou pour le moins disproportionnée aux yeux de l'adulte — le trouve accueillant et désarmé.

Les premières peurs apparaissent vers l'âge de huit mois ; elles concernent les étrangers, les visiteurs, ce que l'on pourrait nommer « les têtes nouvelles ».

Vers dix-huit à vingt mois, se situent les terreurs nocturnes, « forme primitive et onirique d'une phobie » (Louise Despert) ; elles ne disparaîtront que par la répétition de la séquence : cauchemar-sécurisation.

De deux à cinq ans, la peur des plages obscures se manifeste ; elle peut persister très longtemps, trouvant plus tard sa rationalisation dans l'accroissement du danger d'accidents, d'attaques, de chutes qu'amène la nuit.

Vers quatre ans, apparaît la peur des petits animaux et particulièrement des insectes qui peut persister ou réapparaître à l'âge adulte.

Avant se place la phobie des gros animaux dont l'exemple le plus connu est la phobie du cheval du petit Hans, à laquelle Freud attribue une signification œdipienne.

Dans la seconde enfance, vers huit à dix ans, prennent place également certaines phobies particulièrement graves : les phobies de l'école assorties de refus scolaires, de fugue, de délinquance, etc. Elles peuvent, traduisant une mauvaise relation à la mère, confiner lorsqu'elles sont intenses, à la psychose.

La peur immotivée est monnaie courante chez l'enfant et les terreurs nocturnes sont fréquentes, nombreuses, quasi constantes. Pourtant, on peut évoquer avec probabilité une phobie devant une peur particulièrement chargée d'angoisse, illogique, persistante, itérative, développée devant telle situation ou tel objet plus ou moins évidemment symbolique (eau, sang, toilettes, souillures, etc.).

Avec le jugement et l'expérience, la peur s'estompe et disparaît ; il peut arriver qu'une phobie prenne sa place, évidente ou masquée, pour s'affirmer quelques années plus tard.

Le grand critère diagnostique est donc l'évolution.

La différence entre phobie et pseudo-phobie, déjà évoquée, est plus scolastique que réelle, et une phobie authentique peut parfaitement succéder à une peur enfantine sans que soit indispensable l'intermédiaire d'une symbolisation.

« Les phobies de l'enfant sont favorisées par les facteurs héréditaires, éducatifs et personnels », nous dit le Professeur Michaux. Il n'est pas douteux que leur rôle est primordial.

— *Le facteur héréditaire* souligne l'importance de l'hyperémotivité ; nous avons déjà évoqué la possibilité de retrouver un thème proche, voire identique, entre parents et enfants. Il faut cependant ne pas méconnaître une certaine part de suggestion.

— *Le facteur éducatif* est capital, nous l'avons déjà noté à propos du protectionnisme parental (ou conjugal), grand moteur du développement phobique.

La peur du « grand méchant loup », créé de toutes pièces, dure parfois plus qu'il n'est souhaitable !

— *Le facteur personnel* est constitué avant tout de la structure anxieuse de la personnalité. « N'est pas phobique qui veut » et un enfant peut parfaitement — tout en étant hyperémotif et surprotégé — ne jamais développer de phobie.

Les thèmes de l'enfant phobique sont presque ceux de l'adulte, avec une prépondérance des thèmes d'infériorité ; Mallet a mis en exergue chez le tout-petit la peur des gros animaux par opposition à la crainte mêlée de dégoût que les plus grands éprouvent à l'égard des petits animaux.

Il est un thème de prédilection assez remarquable, lors de la puberté surtout, il s'agit de la phobie d'impulsion portant sur les gestes et des propos de nature à choquer l'entourage, voire de lui révéler certaines préoccupations jugées honteuses (l'éreuthophobie procède d'un mécanisme analogue dans l'optique psychanalyste).

Les thèmes religieux ou érotiques sont fréquents et considérablement renforcés par une éducation rigide et culpabilisante.

Les phobies de l'enfant, comme celles de l'adulte, peuvent être isolées ou associées à des tics, à des obsessions. Il est des peurs qui persistent après la critique rationnelle de l'expérience, puis disparaissent peu à peu avec l'affaiblissement de l'émotivité enfantine ; cette disparition peut être définitive, mais aussi provisoire, précédant une résurgence à l'âge adulte où lors de la sénilité ; ce sont les « phobies abortives » citées par le Professeur Michaux.

LES PHOBIES DU VIEILLARD

Elles se manifestent lors de l'involution sénile du psychisme. On assiste le plus souvent à la libération d'une phobie de la période enfantine qui avait été ensuite oubliée ou masquée.

Ce peut être aussi l'emprunt à la maturité d'un thème privilégié, fixé par un choc émotif.

Telle cette femme de soixante-dix ans atteinte de la phobie des objets susceptibles d'évoquer pour elle une faute conjugale vieille de quarante ans et riche de remords anxieux, sinon de regrets.

Le divan, un vase témoins de l'infidélité lui sont devenus odieux, elle s'en est débarrassée au profit d'un neveu. Une bague offerte par l'amant est vendue au bénéfice d'une œuvre de charité.

Tout ceci « passe » aisément aux yeux de l'entourage. On ne s'inquiètera qu'au moment où la malade fera brûler les vêtements de son mari qui, eux aussi, lui rappellent sa faute.

L'examen précisera les limites de cette phobie et mettra en évidence une détérioration intellectuelle notable.

On ne peut que remarquer, au décours de ce bref aperçu de la névrose phobique, combien sont divers, multiples et parfois contradictoires les aspects sous lesquels elle s'offre à notre étude.

On notera cependant une continuité certaine qui nous fait rencontrer, depuis l'enfance jusqu'à l'âge mûr, une identité large de thèmes, de structures, d'attitudes et de mentalité.

L'émotivité, l'angoisse, la lutte bien souvent stérile et ses procédés, toujours les mêmes, sont les caractères inséparables de l'affection. L'évolution — elle — est loin de présenter ce visage univoque et classique qu'on voudrait lui attribuer parfois.

Si l'on devait cerner en peu de concepts la notion de névrose phobique, on pourrait insister sur trois éléments essentiels :

- 1° L'apparition de l'angoisse simultanément à la confrontation du sujet à son « objet » phobique.
- 2° La peur permanente de cette confrontation (qu'il s'agisse d'une situation ou d'un objet).
- 3° Le rôle de défense majeure et non absolue contre l'angoisse.

L'école psychanalytique attribue en outre une valeur symbolique au symptôme choisi.

La phobie, c'est la peur, mais une peur à soi, que l'on connaît, que l'on accepte parfois, mais surtout, que l'on préfère à l'atroce inconnu de l'angoisse.

A côté de cette tentative d'individualiser une névrose phobique comme on a cerné l'hystérie ou la névrose obsessionnelle, on peut remarquer que la mentalité, la structure, les mécanismes phobiques dépassent souvent les frontières de la névrose phobique vraie. Peut-être y a-t-il plutôt qu'une névrose phobique bien nette et aux contours précis, une « manière d'être phobique », une adaptation phobique au monde de l'anxiété, et peut-être serait-il plus juste de parler non plus de névrose phobique, mais de phobies.

MENTALITÉ PHOBIQUE
ET DÉTERMINISME

Pourquoi, comment devient-on phobique ? Les théories qui ont pu être proposées en réponse à ces questions sont nombreuses, quelquefois opposées, mais parfois parallèles ou complémentaires. Chacune apporte à la compréhension de ce phénomène une contribution dont on ne saurait nier l'intérêt.

Au long des quelques observations citées, comme à travers les expériences confrontées de nombreux observateurs, il apparaît qu'en opposition à la grande diversité des thèmes et des modalités d'expression ou d'apparition des phobies, se retrouve une certaine unité de la personnalité phobique. Sans réduire pour cela la névrose à une notion de terrain, il semble bien que ce dernier constitue le cadre, quasi constant, permettant l'acquisition et la structuration phobique.

I. — La personnalité phobique

Assurément moins facile à cerner, à décrire et à reconnaître que d'autres mentalités psychiatriques, elle associe de façon variable une *anxiété* importante et quasi constante à un état mental particulier, fréquemment rencontré : l'*hyperémotivité*.

1) L'anxiété

Elle représente l'élément psychologique de l'angoisse ; l'anxiété est une émotion, c'est-à-dire un phénomène vécu et observable faite d'Insécurité, d'Incertaineté et d'Indécision dont la composante physique est la classique sensation de striction. C'est avant tout une attente, une prévision, au-delà du stade initial qu'est l'inquié-

tude. Tandis que l'angoisse pure caractérise la névrose qui en porte le nom, l'anxiété constitue l'état mental typique et quasi « princeps » de la phobie. L'anxiété revêt toujours une tonalité, une saveur de danger futur et proche à la fois, bien différente en cela de l'angoisse « normale » que déterminent des objets ou des situations tangibles.

On rencontre chez le phobique un érêthisme neuro-végétatif à peu près constamment, responsable de cette tension affective sans écho intellectuel, que M. le Professeur Michaux définit comme une dissonance idéo-affective.

C'est de cette absence de support intellectuel que naît le caractère intolérable, l'absence de résonance de l'anxiété, qui est constituée en définitive de ce déchirement. Le malade va tendre, dès lors, à recréer à tout prix cette unité entre Idée et Affectivité et à rétablir l'harmonie en lui. Les palliatifs (alcool, tabac, drogue) ne peuvent que diminuer ou masquer provisoirement ce trouble, le laissant bientôt réapparaître, intact ; selon l'expression de Freud, le sujet est en proie à une « anxiété vague qui ne demande qu'à se fixer sur n'importe quoi ». Cette recherche de thèmes sera la condition privilégiée, la circonstance favorable à l'acquisition des phobies. Celles-ci envahissent la personnalité du sujet en le rejetant dans son monde paradoxal où il se doit d'éviter ce qu'il a créé, ce maléfice qui — seul, pourtant — le défend de l'angoisse : « La phobie est un abcès de fixation pour l'anxieux. »

2) L'hyperémotivité

Autre constituant de la mentalité phobique, l'émotivité repose sur l'érêthisme neuro-végétatif au même titre que l'anxiété. Elle se définit comme une manifestation de l'instinct de conservation. Présente chez le nourrisson normal, elle va en s'atténuant avec l'acquisition du jugement ; de diffuse et disproportionnée, elle devient adaptée et localisée ; elle est plus intense, plus durable chez certains sujets et peut retrouver un regain de puissance avec la sénilité.

Si l'émotivité stable, adaptée, n'est donc qu'une aptitude normale à réagir au monde extérieur sans disproportion avec les inci-

tations de celui-ci, en revanche, l'hyperémotivité est une manifestation pathologique et permanente, une réponse qui dépasse son objet.

On a pu mettre en évidence tout un cortège de signes cliniques qui témoignent objectivement de cet état d'éréthisme neuro-végétatif : vivacité des réflexes ostéo-tendineux, hyperesthésie cutanée, exacerbation des réactions vaso-motrices, spasmes digestifs, tachycardie... Ces différentes manifestations semblent traduire une certaine sympathicotonie.

Il convient de souligner enfin que l'hyperémotivité peut être entretenue et même exaltée par un entourage sur-protecteur, voire « maternel » ; M. le Professeur Michaux parle à cet égard d'une « toxicomanie au rassurement ».

3) Le dégoût

On est frappé dans nombre de cas de phobies par l'existence, voire la prééminence de ce sentiment si particulier. Certaines phobies, celles des animaux, des rongeurs surtout, semblent renfermer tout naturellement une certaine répulsion, mais le dégoût qui se manifeste à leur égard prend dans le contexte phobique une importance telle qu'il relègue au second plan la peur.

Dans une conception phénoménologique des phobies, D. Cargnello et L.A. Calvi — au Congrès de Tours, en 1959 — mettent l'accent sur ce fait : « Les phobies ont en commun l'angoisse qui est vécue comme une confrontation avec le néant. » Ce proto-phénomène existentiel est cristallisé en *répulsivité* dont la spécification répond soit à la peur, soit au *dégoût*, c'est-à-dire, en termes phobiques, à la menace ou à la contamination :

- la menace se fixe sur la spatialité, ce mode de vécu terrifiant constitue le Vertige existentiel ;
- la contamination correspond au vécu de souillure, le sujet a sur lui une chose dont il ne peut se débarrasser : et fleurissent les thèmes de contagion, de dégoût et les protothèmes de mondanité. Ce mode de vécu impur constitue la Nausée existentielle.

M. le Professeur Michaux, qui insiste tout particulièrement sur la fréquence et l'importance du dégoût dans la personnalité phobique et le déterminisme, cite le cas d'un malade, au passé militairement glorieux, que la vue d'un cafard plongeait dans l'horreur. Pour ce patient, la peur n'expliquait en rien son attitude de fuite, mais bien plutôt une invincible répulsion : « Ça me dégoûte », disait-il.

Face à celle de l'obsédé, la personnalité du phobique manque au demeurant de netteté et c'est avec quelque peine et une notable imprécision qu'on parvient à la cerner. La tendance à l'évitement, à l'inhibition est cependant rarement absente et c'est autour de cet élément que s'articule l'édifice mental : « Le phobique a peur d'avoir peur. »

II. — Le déterminisme

On ne peut prétendre dégager des diverses études consacrées aux phobies la notion parfaitement limpide d'un mécanisme évident et unique de la genèse phobique. Les différentes interprétations s'appuient sur des méthodes d'investigation, sur des modes de pensée souvent divergents et parfois opposés. Pourtant ces perspectives successives ne s'excluent nullement, et le Terrain, l'Inconscient pathogène et les Conditionnements jouent chacun un rôle propre ou associé qu'il est difficile de nier dans l'élaboration du processus phobique.

A propos de la personnalité phobique, nous avons évoqué l'importance du terrain et nous avons rencontré de nombreux exemples la mettant en valeur ; l'hyperémotivité, l'anxiété constituent un ensemble de facteurs favorisant, sinon prédisposant : inquiétude, doute, perfectionnisme aboutissent à un sentiment d'incomplétude.

— Freud lui-même ne nie pas l'existence du terrain et de son importance : dans la conception psychanalytique, l'anxiété traduit une insatisfaction inconsciente conséquence d'un refoulement vers l'inconscient de traumatismes, ou de pulsions refrénées.

Il s'agit donc d'un mode d'expression qu'on pourrait dire codé et il convient de savoir déchiffrer les symboles et déjouer les

déplacements afin de retrouver la véritable signification du symbole phobique. L'évocation des actes manqués, des rêves, les associations d'idées permettront de découvrir au thème phobique une signification plus profonde.

Pourtant l'introspection psychanalytique ne conduit pas toujours à une guérison et il est légitime de chercher à côté de cette méthode d'autres théories, d'autres démarches thérapeutiques.

Pavlov et son école s'attachent essentiellement à l'observation du comportement ; l'expérience princeps est connue de tous : un chien salive devant un quartier de viande ; puis une sonnerie ayant précédé l'apparition de celui-ci, après un certain nombre de répétitions de cette association le chien salive à la seule sonnerie. L'expérience met en évidence plusieurs notions fondamentales :

- le *stimulus inconditionnel* — la viande ;
- le *stimulus conditionnel* — la sonnerie — sont liés par la *réaction inconditionnelle* qui est la réponse à une excitation venant du milieu (son, lumière, ambiance) ou d'un facteur interne (et elle est alors dite intéroceptive par opposition à la précédente, extéroceptive).

Le stimulus conditionnel n'est qu'un stimulus neutre transformé par le contexte : c'est ainsi que la sonnerie isolée ne fera pas saliver le chien, mais que sa précession à la viande lui donnera ce pouvoir. La réponse salivaire est une *réaction conditionnelle*, et le stimulus inconditionnel constitue l'élément moteur du conditionnement.

Il convient cependant de s'attacher à donner au mot de réflexe une notion plus large : celle de réponse à une stimulation venue du milieu ambiant. Pavlov dit :

« Le réflexe est la réaction de l'organisme envers le monde extérieur. »

Ce monde extérieur, en perpétuel changement, en mutation constante par rapport à nous, oblige l'organisme à une adaptation, à un réajustement permanent. De là cette nécessité pour lui de réapprendre sans cesse de nouvelles réponses à ces stimulations neuves.

Le psychisme pas plus que le somatique ne demeure stable, tous deux évoluent et se modifient, et sont toujours en perpétuel devenir, s'entremêlant profondément aussi dans cette modulation. C'est ainsi qu'on peut dire que toutes les manifestations du psychisme résultent d'un apprentissage et que les actes accomplis sont à la fois résultat d'une expérience, d'un apprentissage antérieur, mais aussi facteur d'apprentissage ultérieur. L'organisme n'est pas isolé, coupé de toute influence extérieure, mais plongé dans un monde qui agit sur lui, qui le modèle, qui l'incite à développer en réponse à ses incitations, des réponses, des réflexes au cours d'un incessant apprentissage.

Les réflexes conditionnels sont eux-mêmes variables et soumis aux lois de quelques processus fondamentaux :

- LE RENFORCEMENT de la capacité de réaction du stimulus conditionnel par son association avec le stimulus inconditionnel jouant le rôle d'agent renforçateur est un élément majeur. Il apparaît à cet égard que les changements du milieu extérieur ou intérieur, tant positifs que négatifs, peuvent prendre valeur de stimulus conditionnel à leur tour.
- LA GÉNÉRALISATION conditionnelle, notion capitale, est très bien évoquée par l'expérience de Kupalov, citée par J.-F. Lény :

Un chien conditionné par la méthode classique à un son de 1 000 hertz, répond par une salivation dont la quantité mesurée est cotée 80. On lui fait entendre un son de 700 hertz qui n'avait jamais été accompagné de présentation de nourriture : la réponse salivaire est obtenue d'emblée et se situe à 78 « unités », de même des sons de 400 hertz, puis de 200 hertz entraînent respectivement des réponses à 57 et 49 « unités ».

Dans une échelle de sons supérieurs à 1 000 hertz, les réponses sont symétriques, constantes et d'autant moindres que l'on s'éloigne de la valeur 1 000 hertz.

Cette expérience met en évidence deux points importants :

- un organisme conditionné à un stimulus précis peut développer une même réaction conditionnelle à des stimuli différents ;

— l'efficacité de ces stimuli susceptibles de provoquer la réaction conditionnelle est d'autant plus grande qu'ils sont proches du stimulus originel.

• L'EXTINCTION ou l'absence de réponse conditionnelle survient après une diminution progressive de celle-ci si le renforcement cesse et ceci d'autant mieux et plus vite que ce renforcement a été moins important. L'extinction, cependant, ne se manifeste pas d'une manière rigide, unique, elle varie selon les sujets et selon nombre de facteurs divers : elle est plus rapide dans le cas d'essais non renforcés, rapprochés, de même pour les apprentissages récents ; son mécanisme est pour Pavlov celui d'une inhibition, résultant de l'accumulation de processus inhibiteurs à la faveur d'essais non renforcés.

Les réponses conditionnelles deviennent ainsi de moins en moins fortes, puis disparaissent bloquées par ces processus inhibiteurs.

Ceci permet d'expliquer ce qu'on nomme la *récupération spontanée* ; l'absence de renforcement permet l'accumulation de processus inhibiteurs qui bloquent la réaction conditionnelle : c'est l'extinction. Puis en l'absence de nouvelles sollicitations, l'inhibition s'efface peu à peu et la réaction conditionnelle réapparaît avec une force croissante.

Importante à noter est la notion d'une typologie différentielle des comportements. Pavlov distinguait selon les modalités réactionnelles :

- les *types faibles*, anxieux, chez lesquels l'action du stimulus inconditionnel s'éteint assez vite ;
- les *types forts* sont aisément conditionnés et assez stables en revanche ;
- dans le cas du *type paradoxal*, le conditionnement apparaît pour des stimuli conditionnels mineurs.

En outre, deux types présentant une sorte de phénomène de « *tétanisation* » peuvent être individualisés.

A leur propos, Pavlov parle d'inertie des processus d'excitation ou d'inhibition corticale :

- *inertie des processus d'excitation* : le conditionnement est rapide, durable anormalement, voire provoqué par des stimuli non conditionnels, neutres ;
- *inertie des processus d'inhibition* : au contraire, nous trouvons dans ce type une opposition au maintien de la réaction positive.

L'étude du conditionnement chez l'homme a bénéficié de l'expérimentation électro-encéphalographique mise au point en France par G. Durup et A. Fessard.

Le rythme α du tracé subit une réaction d'arrêt en réponse à une stimulation lumineuse en éclair, alors que l'audition d'un son d'intensité moyenne n'entraîne pas de réaction d'arrêt, telle est la constatation expérimentale à la base des travaux réalisés par la suite dans ce domaine. On disposait ainsi d'un stimulus inconditionnel : la lumière, d'une réaction inconditionnelle : la réaction d'arrêt et d'un stimulus neutre : le son, qui fut rendu conditionnel par son association avec la lumière.

Les travaux ultérieurs de N. et A. Popov devaient permettre d'établir un fait capital : l'apparition de post-images lumineuses consécutives à un éblouissement intense est perçue par le sujet placé dans l'obscurité. Or le résultat du conditionnement impliquait non seulement la réaction d'arrêt au son, mais encore la perception par le sujet de ces post-images *après audition du son seul* (avec série de blocages du rythme α contemporains et généralement synchrones).

Dès lors, on se trouve en présence d'une véritable réponse conditionnelle mesurable et spécifique.

Les travaux ont été poursuivis à la Salpêtrière par G. Lelord et M. Rolland sous la direction du Professeur Heuyer, puis du Professeur Michaux. Des modes de conditionnement particuliers ont pu être mis en évidence dans différents cas. C'est ainsi que le conditionnement est aisément obtenu, avec des réponses durables chez l'obsédé. On note de plus une fatigabilité et paradoxalement des réponses positives *sans stimulation*.

Les quelques cas de phobies explorés par cette méthode ont montré des réponses fortement positives, des phénomènes de répétition durables après stimulation par son et lumière, et pas de phénomène de répétition après stimulation par le seul son.

Ce mode d'étude encore incomplètement exploré semble devoir permettre une meilleure compréhension des différents types de conditionnement et un progrès dans l'identification de personnalités complexes ou intriquées. Il ressort notamment des protocoles de conditionnement que la personnalité phobique paraît prendre place entre les types obsessionnels et hystériques, et ainsi que le souligne M. Widlöcher, « la symptomé phobique reste isolé du caractère ».

C'est surtout aux écoles anglo-saxonnes que l'on doit d'importantes études sur la reproduction expérimentale des névroses par le conditionnement. La publication par le Professeur H.J. Eysenck des travaux menés tant par lui-même et son école que par différents auteurs apporte à cet égard des éléments primordiaux. Le conditionnement, à la base de l'apprentissage, assure la réalisation automatique des acquisitions, leur passage dans l'inconscient.

A côté des multiples conditionnements, nécessaires, indispensables et utiles, il en est d'autres néfastes, pathologiques et générateurs de névroses.

Celles-ci résultent de vices de conditionnement dans de nombreux cas ; vice par excès : tels sont les tics, les obsessions, les phobies ; vice par défaut : comme l'énurésie par exemple.

La conditionnabilité ne varie pas seulement d'un sujet à l'autre, mais aussi chez le même sujet, d'une période à l'autre. C'est à l'occasion d'une phase de fragilité que s'acquiert ou que se renforce tel conditionnement pathogène.

C'est ainsi que le cas du jeune Albert, rapporté par le Docteur Watson, met en lumière le conditionnement expérimental d'une phobie et, dans un second temps, le déconditionnement de cette même phobie : Albert, onze mois, n'éprouvait à la vue d'un rat blanc aucune frayeur et jouait volontiers avec lui. En revanche, le son obtenu en frappant une barre de métal déclenchait une véritable terreur chez Albert. En frappant la barre lorsque Albert

touchait le rat blanc, on transposa la peur sur le rat blanc. Et, après sept stimulations couplées son-rat, la terreur d'Albert engloba un lapin blanc, le coton hydrophile, la fourrure et les cheveux en général — il s'agit là d'un processus classique de généralisation ; son existence aussi « expérimentale » en psychologie humaine, revêt néanmoins un intérêt capital. En revanche, les cubes et autres objets différant essentiellement du rat ne sont pas englobés. On assiste donc au conditionnement d'une phobie *ex nihilo* et à sa généralisation sur des objets voisins n'ayant pas subi eux-mêmes ce conditionnement ; le problème le plus intéressant dès lors était de savoir si l'on pouvait réussir, par une méthode de déconditionnement, à briser non seulement le conditionnement princeps — le rat blanc —, mais encore la généralisation de ce conditionnement aux objets voisins.

On trouva que l'enfant donnait des réponses de peur encore plus marquées pour le lapin que pour le rat. C'est donc au déconditionnement de la peur du lapin qu'on tenta de parvenir.

Par l'association de stimulus agréables (jouets, nourriture, présence de camarades de jeux) aux nouvelles confrontations avec le lapin — d'abord entr'aperçu, puis observé de loin, ensuite vu de près et enfin caressé —, la réaction de peur et de fuite fut progressivement éliminée. Parallèlement, les réactions au rat, aux fourrures, au coton hydrophile furent améliorées et les manifestations de peur disparurent. La modification de l'état émotionnel reçut une expression intéressante lors de la mise en présence de l'enfant et d'un animal inconnu de lui : une souris. Celle-ci ne déclencha aucune réaction de terreur.

« Il semble donc qu'en déconditionnant l'enfant au lapin, on l'ait aidé, en plus, à surmonter d'autres terreurs, à faire face à des situations neuves. Sa tolérance à cet égard a apparemment augmenté. »

Il apparaît qu'on peut ainsi créer des névroses proprement expérimentales par le conditionnement et que, de même, on peut les guérir par le processus inverse : c'est un argument capital en faveur de la conception pavlovienne des névroses ; ces faits sont passés dans le domaine des réalisations pratiques, notamment avec

J. Wolpe en Afrique du Sud. Par ailleurs, dans le même sens que l'hypothèse de Pavlov, Franks a montré que les introvertis névrotiques ont tendance à se conditionner très facilement, alors que les névrosés extravertis se conditionnent avec plus de difficulté. Au premier groupe appartiennent les névroses d'angoisse, les phobies, les obsessions.

Pour Eysenck, l'association de l'introversion et du « neuroticism » constitue la *dysthymie*, terrain d'élection pour l'apparition des phobies.

Cette « conditionnabilité » expose au « trop-plein de réactions conditionnées » selon le même auteur, où la réaction n'est plus adaptée, même si à l'origine, elle l'était. Ce surplus de réactions conditionnelles (ou ce manque, dans le cas d'extraversion) est dû à l'interférence de facteurs individuels de conditionnabilité et d'instabilité et de facteurs provenant du milieu.

Freud insistait sur la nature traumatique des faits déclenchants ; la théorie pavlovienne ne s'oppose pas au caractère unique de l'expérience conditionnante, mais elle tient compte aussi « des séries de réponses aux peurs et douleurs sub-traumatiques » qui conditionnent plus graduellement.

Mais, et ceci est le point capital, la théorie pavlovienne ne suppose aucun « mobile inconscient », elle considère les symptômes névrotiques comme de simples habitudes acquises — seul compte le symptôme et c'est de lui dont il faut se débarrasser pour guérir la névrose.

De cette conception originale et nouvelle sont nées différentes thérapeutiques dont le lien commun demeurent les principes du conditionnement. Elles ont été appliquées avec des succès notables au traitement d'états névrotiques divers et notamment des phobies.

LES THÉRAPEUTIQUES
D'INSPIRATION PAVLOVIENNE

Nous laisserons de côté le monde vaste et dense des traitements basés sur l'introspection et l'exploration psychanalytique ; les techniques de Freud, de Jung, d'Alexander et d'Adler visent toutes à la découverte de l'inconscient et des traumatismes affectifs.

Les méthodes pavloviennes, au contraire, limitent leur but à la suppression des symptômes sans chercher à modifier les affects profonds. Selon le mot de Eysenck :

« La notion de traitement symptomatique est le point crucial de notre théorie. »

Les techniques de déconditionnement basées sur les principes de l'apprentissage, de la behaviour therapy et de la relaxation sont assez nombreuses ; quelques courants principaux dominent cependant.



Schulz emploie dans son « *training autogene* » des phrases auto-persuasives ; Kretschmer utilise ce qu'il nomme la « pensée cinématographique » et parvient par ce moyen à libérer les matériaux psychiques déprimés. L'emploi des images comme traitement apparaît dans la technique du rêve éveillé de Desoille : il utilise des drames symboliques sous forme de fables ou de contes pour révéler la pensée inconsciente ; le comportement du sujet est ensuite dirigé devant certaines images de conflit ou de menaces, dans un essai de déconditionnement symbolique et profond.

Mais c'est Wolpe, par sa théorie de l'inhibition réciproque, qui pose les premières bases d'un déconditionnement réellement utilisable. Cette technique de désensibilisation systématique est l'application clinique majeure du déconditionnement par le moyen d'images perçues en état de relaxation.

Les bases expérimentales sur lesquelles s'appuie Wolpe montrent qu'on peut obtenir un déconditionnement rapide si l'on reproduit peu à peu la situation originelle traumatique sous couvert d'une inhibition de réponse d'angoisse, par exemple par une gratification alimentaire.

Utilisant les travaux de Jacobson qui a montré que la relaxation musculaire intense s'accompagne de réactions du système nerveux autonome antagonistes de l'anxiété, Wolpe remplace en clinique la réponse alimentaire par la relaxation de Jacobson.

Puis, pour des causes pratiques, il substitue l'évocation des objets ou des situations générateurs d'angoisse à leur présence réelle. Il obtient ainsi l'inhibition d'une réponse inadéquate par la recherche simultanée d'une réponse incompatible avec l'angoisse, la relaxation.

En pratique, on présente de manière graduée, au patient en état de relaxation, les situations anxiogènes en commençant par celles ayant le moindre potentiel traumatisant. Peu à peu, le sujet est invité à se représenter des situations (ou des objets) plus anxiogènes — toujours en état de relaxation profonde. La répétition de ces images perceptives détermine l'inhibition conditionnée du symptôme et cette dernière se transfère à la réalité ; la relaxation ayant rendu incompatible l'apparition d'une réponse d'angoisse.

En effet, si les stimuli évocateurs d'angoisse coïncident avec une réponse incompatible avec l'angoisse, de telle manière qu'elle provoque sa suppression partielle ou totale, la force de l'union entre le stimulus évocateur et la réponse d'angoisse s'affaiblit et disparaît.

Wolpe publiait, en 1952, une série de 122 cas traités par la méthode qu'il avait mise au point ; parmi ceux-ci, 39 névroses d'angoisse et 5 phobies. Les résultats sont décomposés en 44 %

d'apparemment guéris, 46 % d'améliorés, 7 % de peu améliorés et 3 % de pas améliorés, ceci pour l'ensemble des cas. En outre, le nombre de séances a été en moyenne de 26 par malade, ce qui est très inférieur à la durée des traitements analytiques.

Par la méthode de Wolpe, Lazarus traite 18 enfants phobiques de trois à douze ans, avec des résultats favorables, sans rechute en deux ans. Nous tirons de sa publication le cas de Carol, neuf ans et demi :

Atteinte depuis peu de la phobie de voir mourir sa mère. Ceci prend naissance après trois chocs successifs : une camarade d'école se noie dans une mare, sa petite voisine meurt de méningite, un homme se tue en voiture sous ses yeux.

Et, parallèlement, sa mère ayant lu une mise en garde contre le mauvais service rendu aux enfants par trop d'effusions maternelles, refêne ses démonstrations à l'égard de Carol.

Celle-ci se présente comme agitée, tendue, collée à sa mère. Des premiers entretiens, il ressort que la prise de conscience du caractère irrévocable de la mort coïncida pour Carol avec l'attitude moins aimante de sa mère, d'où un sentiment de rejet qui devint une véritable terreur de perdre sa mère, c'est-à-dire de sa mort. Une « hiérarchie d'anxiété » fut établie : séparation d'avec sa mère de une semaine, de deux jours, de un jour, etc.

Puis on fait imaginer à Carol, profondément relaxée, qu'elle ne verra pas sa mère durant cinq minutes.

Peu à peu, c'est sans réponse d'anxiété qu'est gravi l'échelle des « anxiétés » croissantes. Cinq séances réparties en dix jours furent nécessaires pour désensibiliser Carol à la menace subjective de la privation de sa mère. Ensuite, les autres symptômes névrotiques disparurent rapidement et, après quinze mois, aucune rechute n'était à signaler.

D. Walton, par la méthode de Wolpe également et selon un processus identique, rapporte un succès durable dans le traitement d'une phobie des microbes chez un homme de trente-trois ans. Walton adjoint à la relaxation de type Jacobson une prise de 75 mg de Largactil.

Les applications de la technique de Wolpe, dont on vient de proposer un aperçu, ont été depuis lors fort nombreuses ; certains auteurs leur ont donné leur marque propre et les ont modifiées

assez profondément, c'est le cas de l'école chilienne et tout particulièrement du Docteur Peña y Lillo.

Avant d'aborder l'étude de cette technique combinée, il y a lieu d'envisager l'apport extrêmement précieux réalisé dans ce domaine par Platonov.

- LES MÉTHODES DE PERSUASION HYPNO-SUGGESTIVES :

Celles-ci constituent l'application la plus élaborée de l'action déconditionnante de la parole dans les états de relaxation. La théorie de l'activité nerveuse supérieure de Pavlov en forme la base conceptuelle et en particulier la prise en considération du langage comme fonction réflexo-conditionnée en tant que *second système de signes*.

« La parole est comprise comme un système particulier de signalisation, constituant en même temps une abstraction et une généralisation de la réalité et serait le fondement de la capacité conceptuelle et de la pensée supérieure. »

Ainsi, la parole est à la fois un agent de nature psychologique et un stimulus matériel codifié pouvant produire des altérations psychiques et somatiques. Son effet dépend de la thématique de son contenu d'information.

La parole est ainsi considérée comme un stimulus conditionné aussi réel que les stimulus perceptifs qui constituent le *premier système de signes*. Tel est le premier principe de la méthode de Platonov ; le second est l'hypothèse de l'influence de l'action de la parole sur les processus au niveau du cortex cérébral, ceci majoré par la relaxation qui favorise l'action suggestive par inhibition fractionnée de l'activité corticale.

En relaxation profonde, la plus grande partie du cortex est dans un certain état d'inhibition et la parole est subie, alors, sans critique, tandis que s'établissent à cette faveur de nouvelles connexions réflexo-conditionnées.

Quant à la mise en pratique de la technique de persuasion hypno-suggestive, elle repose sur l'emploi de suggestions avec arguments en état de somnolence ou de rêve dirigé. Il n'y a pas d'utilisation d'images de situations.

C'est de la combinaison de cette méthode et de ses apports tant théoriques que pratiques avec celle de Wolpe qu'est née — au Chili — la *technique combinée de Peña y Lillo*.

Les modifications par rapport aux techniques précédentes peuvent être résumées ainsi :

- on réalise pendant les premiers entretiens une exploration de la maladie, de son début, de son évolution, des traumatismes initiaux ; ceci à la seule lumière des « matériaux psychiques conscients ». Puis, le malade est instruit de la nature de ses troubles et de la méthode qui lui sera appliquée comme traitement ;
- on soumet dès lors le patient à une relaxation après une brève induction verbale d'hypnose ; puis on suggère une image neutre incapable d'être anxiogène.

Dès la seconde relaxation débute le traitement lui-même, fait d'un premier stade persuasif. Le malade est rassuré et instruit de la nature de son affection dont on lui signale la signification réelle. On formule ensuite des suggestions réitérées affirmant l'inexistence actuelle des symptômes.

Le deuxième stade est consacré à l'induction d'images évoquant le ou les conflits et, simultanément, on suggère au malade la suppression du symptôme et l'acquisition permanente et actuelle de réponses adéquates.

Le Docteur Peña y Lillo rapporte ainsi les résultats d'un traitement par cette méthode de 37 patients (29 hommes et 8 femmes) de mars 1965 à décembre 1967. Tous présentaient des symptômes anxieux et (ou) phobiques, mais de nature phobique vraie. Cette nature phobique est caractérisée par :

- son apparition de façon exclusive dans certaines situations spécifiques irrationnelles ;
- l'existence de la crainte latente à la seule évocation et dans l'expectative du stimulus redouté ;
- l'existence d'une échelle d'intensité de la capacité évocatrice du stimulus ;
- un développement évolutif de généralisation avec apparition progressive de nouvelles situations génératrices de trouble.

L'âge des malades oscillait de dix-huit à quarante et un ans, le symptôme phobique durait depuis un an à vingt-cinq ans.

La technique employée est celle que nous venons de citer ; les séances ont duré en tout de quinze à trente minutes avec présentation de une à cinq images par séance. L'évaluation des résultats se fait selon quatre catégories :

- 1° Sujets apparemment guéris, chez lesquels le ou les symptômes ont disparu et chez qui l'évocation du trouble restait sans effet.
- 2° Sujets nettement améliorés, chez qui cette amélioration est cotée à plus de 80 % au point de vue symptomatique.
- 3° Sujets peu améliorés, cette amélioration étant inférieure à 50 %.
- 4° Sujets sans amélioration.

Le Docteur Peña y Lillo publie ainsi ses résultats :

- 22 sujets ont été guéris ou fortement améliorés ;
- 8 ont été améliorés ;
- et 7 sont demeurés sans changement.

Parmi les succès les plus nets, on note que 3 sujets atteints de nosophobies ont été très améliorés, sinon guéris tous les trois, que les 2 phobies d'impulsion ont été de même très améliorées, mais parmi les échecs relatifs, 2 agoraphobies sur 2 n'ont trouvé aucune amélioration, un seul éreuthophobe sur quatre a été très amélioré, deux autres l'ayant été peu seulement et le quatrième pas du tout.

Un zoophobe a été moyennement amélioré, sans plus.

Un phénomène important est mis en exergue par le Docteur Peña y Lillo : le pourcentage de succès est proportionnel à la non-ancienneté des troubles. Parallèlement, le nombre d'entrevues et de séances thérapeutiques a été moindre dans les cas favorables que dans les succès relatifs et les insuccès. Enfin, on peut établir une certaine corrélation entre la capacité pour le sujet de vivre anxieusement l'évocation de la situation phobique et le caractère favorable du traitement. C'est ainsi que 13 des patients très améliorés ou guéris ont ressenti nettement cette angoisse lors de l'évocation des images, 9 ne l'ayant pas ressentie, 5 patients moyennement améliorés ont perçu l'angoisse, alors que 3 ne l'ont pas

perçue, un seul patient non amélioré a ressenti l'angoisse⁴ contre 6 ne l'ayant pas perçue.

Ces résultats nettement positifs trouvent une confirmation dans une autre publication du Docteur Peña y Lillo à propos de quatre cas de bégaiement de nature phobique.

Il s'agissait de 4 hommes de dix-neuf à vingt et un ans dont le trouble durait depuis huit à quinze ans. La nature phobique du bégaiement est évoquée par la présence et l'exacerbation de celui-ci lors de circonstances particulières, spécialement évocatrices de troubles ; ce fait suggère — au moins dans certains cas de bégaiement — la participation de mécanismes pathogéniques semblables à ceux décrits dans les phobies.

La tentative thérapeutique entreprise selon le modèle déjà décrit et les résultats obtenus devaient confirmer la réalité de cette hypothèse.

On retrouvait d'ailleurs l'élément fondamental que constitue l'état d'attente anxieuse devant la présence proche de la stimulation avec tendance à l'évitement.

Avant le traitement, la réponse de bégaiement partielle est obtenue dans les 4 cas devant une stimulation légère, elle est obtenue dans 3 cas sur 4 face à une stimulation moyenne, tandis que devant une stimulation forte (situation particulièrement anxiogène), les 4 malades répondent par un bégaiement total.

Après le traitement, aucun bégaiement total n'est noté, 3 malades sur 4 répondent par un bégaiement partiel à la stimulation forte, le quatrième ne bégayant plus en réponse à cette dernière.

Il apparaît donc qu'il importe avant toute tentative thérapeutique d'explorer avec soin la nature du trouble, afin de déterminer si doit lui être attribuée la qualité phobique. A cet égard, nous avons vu que l'apparition paroxystique du trouble dans des circonstances particulières est hautement évocatrice, de même que la présence de ce qu'on peut nommer « l'attente anxieuse » et son corollaire, la tendance à l'évitement. Enfin, la généralisation fréquente, avec apparition progressive de nouvelles situations phobogènes, n'est pas à négliger.

S'inspirant des travaux de l'école chilienne, le Docteur Guilbert a consacré sa thèse à l'étude de ces techniques de déconditionnement et les a appliquées avec un succès similaire à 10 cas d'impuissance sexuelle de nature phobique.

Dans 6 cas, la guérison fut jugée nette : deux patients furent très améliorés, un ne le fut que partiellement et un autre ne ressentit aucune amélioration.

Dans un domaine différent, mais en s'inspirant de techniques semblables — si ce n'est la préférence de la relaxation de type Schulz à celle de Jacobson —, J. Rognant rapporte 3 succès dans le traitement de 3 cas d'exhibitionnisme.

La durée du traitement a été de quatre mois en moyenne, à raison de trois séances par semaine. Ce chiffre n'est pas à dépasser pour J. Rognant, « si l'on veut que le sujet garde la maîtrise de ses réactions ».

Chaque séance dure une heure environ, elle est faite de prise de contact, de la relaxation, du déconditionnement proprement dit, de l'enquête sur l'exercice et s'achève par un bref compte rendu ; une fois par semaine a lieu un contrôle de relaxation afin de garder une bonne maîtrise de cette technique.

Au total, il s'agit, on le voit, d'une méthode, certes coûteuse, mais assez rapide, et dont les résultats sont tangibles et le plus souvent durables.

— III —

A côté de cette méthode qui semble la plus importante, tant au point de vue théorique que par les possibilités pratiques qu'elle offre, se situent d'autres courants dérivés de la théorie pavlovienne.

Dunlap, en 1932, expose le principe de la « *pratique négative* » qui consiste à pratiquer de manière active et consciente des activités dont on veut se débarrasser.

Cette méthode donna quelques résultats favorables que vinrent confirmer des travaux récents basés sur l'« inhibition conditionnée » qui permet de préciser le mécanisme du principe de Dunlap.

L'efficacité de cette méthode est due au fait qu'elle substitue une réponse d'approche du langage à la réponse d'évitement. Il est important à cet égard d'éliminer toute motivation maintenant le rôle de la réponse indésirée comme procédé de soulagement de tension. Il faut aussi, dans les séances d'entraînement, demander au malade de reproduire, dans la réponse à laquelle il s'exerce, une réponse aussi proche que possible de la réponse involontaire.

C'est ainsi — en pratique — que le bégaiement est traité par la reproduction volontaire, consciente et fréquente de celui-ci.

Là encore, la guérison du symptôme amène quelquefois une généralisation de l'amélioration et une meilleure adaptation sociale.

Cette technique fort séduisante a surtout bénéficié de son application avec succès au traitement du bégaiement, c'est pourquoi nous n'en citerons pas de résultats quant à la thérapeutique des phobies.

— IV —

Il reste enfin à évoquer la technique de déconditionnement par l'*aversion*. Celle-ci est d'un maniement plus délicat, le risque de majoration du trouble et d'aggravation de l'angoisse est en effet loin d'être négligeable.

Cette thérapeutique doit être précédée par un examen soigneux et seul un diagnostic précis l'autorise. Il convient de préciser essentiellement le degré de neuroticisme du patient, si celui-ci est élevé, le risque d'aggravation en cas d'erreur croît en proportion. C'est ainsi qu'une forte punition conduit à une catastrophique majoration de l'anxiété si le synchronisme stimulus-réponse, qui est à la base de la théorie du conditionnement, n'est pas respecté.

Au total, la thérapeutique par l'*aversion* ne se trouve par elle-même efficace que dans un nombre de cas limités et précis ; son efficacité portera sur un plus grand nombre de cas si elle est associée à un traitement par l'inhibition réciproque. De cette façon, l'habitude motrice qui est un symptôme primaire et l'habitude autonome qui est le symptôme d'entretien, peuvent être traitées

en même temps et les conséquences désastreuses de l'exacerbation des tendances anxieuses seront évitées.

Ajoutons que ce n'est pas dans le domaine des phobies que cette technique rencontre son champ d'application électif, mais bien plutôt dans les traitements de l'alcoolisme où les thérapeutiques chimiques lui répondent avec des succès mitigés, ainsi que dans les traitements du fétichisme, voire de l'homosexualité.



Un principe général demeure qui réunit ces différentes méthodes : toutes, elles ont pour but de substituer à une réponse inadap-tée, une réponse antagoniste qui la supprimera.

Il n'est pas douteux que les techniques de déconditionnement constituent « une arme étonnamment puissante et rapide », mais aussi une arme redoutable dont le maniement n'est pas sans risques.

On pourrait contester la valeur de la théorie qui a inspiré ces méthodes et ces techniques, ainsi que la valeur des résultats dont certains manquent de recul, mais on ne saurait nier son immense intérêt qui est de conduire à des techniques de traitement efficaces et rapides.

CONCLUSION

Les multiples aspects que revêtent les différentes phobies ne permettent guère de retirer d'une étude, aussi fragmentaire et schématique soit-elle, une conception parfaitement uniciste.

On ne saurait accorder le privilège de l'exclusivité à telle théorie au détriment de telle autre sans se priver du bénéfice d'une compréhension féconde et d'une efficacité thérapeutique réelle que dispensent l'une et l'autre.

Les mécanismes psychogénétiques et leur conséquence analytique, si largement répandus, ne peuvent prétendre pour autant résumer l'abord et le traitement du « monde » phobique. Les échecs de la psychanalyse en ce domaine — pourtant réputé privilégié — doivent, au contraire, inciter à rechercher à côté et au-delà d'elle des conceptions et des méthodes différentes.

L'étude du comportement, les principes de l'apprentissage et du conditionnement ont vu s'étendre le champ de leurs investigations et de leurs applications.

Les phobies « constituent des réponses d'angoisse, apprises, devant des stimuli neutres, établies à travers le renforcement des conduites d'évitement ».

Elles offrent un vaste champ d'études au psychiatre, certes, mais aussi au médecin généraliste qui ne peut manquer de les rencontrer ou de les découvrir. Névrose constituée ou symptôme isolé, elles ne sauraient être négligées ou mal connues, tant leur charge anxieuse peut être vécue douloureusement, tant les risques de désocialisation qu'elles impliquent parfois sont lourds de conséquences.

Les méthodes de conditionnement permettent une approche cohérente du déterminisme phobique et autorisent le plus souvent à instituer une thérapeutique en rapport ; les avantages de cette dernière ne sont pas minces : la rapidité relative du traitement, la stabilité assez constante de réponse favorable, l'innocuité quasi absolue en font une arme de choix entre des mains expérimentées.

Les succès notables remportés par ces méthodes depuis quelques décennies, déjà, tant dans le domaine de la compréhension que du traitement des phobies en particulier, ne doivent plus permettre de les ignorer ou de les rejeter *a priori*.

Vu, le Doyen :
P. CASTAIGNE

Vu, le Président de Thèse :
D.-J. DUCHE

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY (P.). — A propos des méthodes de déconditionnement chez les malades mentaux. (*A.M.P.*, avril 1966.)
- ALAJOUANINE (Th.) et coll. — La douleur et les douleurs. (Masson, 1956.)
- ARIETTI (S.). — A re-examination of the phobic symptom and of symbolism in psycho-pathology. (*Am. J. of Psychiatry*, août 1961, **118**, n° 2.)
- ANGYAN (A.J.) et coll. — Analyse clinique et des réflexes conditionnés dans un cas de névrose obsessionnelle après leucotomie. (*Psychiat. Neurol. Med. Psychol.*, janvier 1960, **12**, 27-32.)
- BALLER (W.) and SCHLALOCK (H.). — Conditioned response treatment of enuresis. (*Except. Child*, 1956, **22**, 233-236.)
- BARBÉ (A.). — Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. (Maloine, 1921.)
- BERGOUIGNAN (M.). — La névrose « cardio-phobique ». (*Concours Médical*, 15 avril 1967, n° 15.)
- BERGOUIGNAN (M.) et ROGNANT (J.). — La théorie de l'apprentissage et son application à la thérapeutique des névroses. (*Sud Médical et Chirurgical*, 1961, n° 2468, 9260-9266.)
- BEUCHER (M.). — Indications de la psychothérapie des névroses obsessionnelles et phobiques. (*Rev. Prat.*, XV, n° 7, 831-843.)
- BOND (I.) and HUTCHISON (H.). — Application of reciprocal inhibition therapy to exhibitionism. (*Can. Med. Assoc. J.*, 1960, n° 83.)
- BOUVET (M.). — Œuvres psychanalytiques. (Payot, 1967.)
- CAIN (J.). — Les névroses expérimentales. (Desclée de Brouwers, 1959.)

- CALVIN (A.D.) and coll. — Experimental validation of conditioned inhibition. (*Psychol. Rep.*, 1956, 2, 51-56.)
- CARGNELLO (D.), CALVI (L.A.). — Esquisse d'un arrangement anthropo-analytique de la série des phobies. (*Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, LVII^e séance, Tours, 1959, Masson.)
- DALBIEZ (R.). — La méthode psychanalytique et la méthode freudienne. (Desclée de Brouwers, 1936.)
- DELACOUR (G.). — Rôle de certaines structures cérébrales dans le processus de conditionnement. (*Ann. Psychol.*, 1966, n° 1.)
- DELAY (J.), PICHOT (P.). — Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant. (Masson, 1962.)
- DELAY (J.), PICHOT (P.), PERSE (J.). — Personnalité obsessionnelle et caractère dit obsessionnel. (*Revue de Psychol. Appliquée*, 1962, 4^e trimestre, vol. XII, n° 4.)
- DESOILLE (R.). — Le rêve éveillé en psychothérapie. (P.U.F., 1945.)
- DIATKINE (R.) et SIMON (J.). — Etude nosologique à propos de phobies chez des adolescents. (*La Psychiatrie de l'Enfant*, 1966, IX, 2, 289-339.)
- DUNLAP (K.). — Repetition in the breaking of habits. (*S.M.*, 1930, 30, 66-70.)
— The technique of negative practice. (*Amer. J. Psychol.*, 1942, 55, 270-273.)
- DURIUP (G.) et FESSARD (A.). — L'E.E.G. de l'homme. (*Année Psychologique*, 1935, 36, 1-32.)
- E.M.C. (A.J. BURGER). — Psychothérapie de relaxation. (V, 37.810, G.10.)
- E.M.C., « Psychiatrie » (F. PERRIER et Cl. CONTE). — Les phobies. (37.360, A.10, 1-8.)
- EY (Henri), BERNARD (P.), BRISSET (Ch.). — Manuel de psychiatrie. (Masson, 1963.)
- EYSENCK (H.J.). — Les dimensions de la personnalité. (Paris, P.U.F.)
— The effects of psychotherapy. (*J. Cons. Psychol.*, 1952, 16, 319-324.)
— Dynamics of anxiety and hysteria. (Londres, Routledge and Paul Kegan, 1957.)

- Personality and behaviour therapy. (*Proceed. Roy. Ac. Med.*, 1960, LIII, 504.)
 - Conditionnement et névroses. Nouvelle méthode thérapeutique. (Gauthier-Villars, 1962.)
 - Experiments in behaviour therapy. (Oxford, Pergamon Press, 1964.)
- EYSENCK (H.J.) and RACHMAN (N.). — The causes and cures of neurosis. (Londres, Routledge and Paul Kegan, 1965.)
- FÉNICHÉL (O.). — La théorie psychanalytique des névroses. (P.U.F., 1953.)
- FESSARD (M.A.), GASTAUT (H.), LÉONTIEV (A.N.), PIÉRON (H.). — Le conditionnement et l'apprentissage. (P.U.F., 1958.)
- FOULDS (G.A.). — Superiority-inferiority index in relaxation to frustrating situations. (*J. Clin. Psychol.*, 1958, **14**, 153-156.)
- FRANKS (C.M.). — Conditioning and personality: a study of normal and neurotic subjects. (*J. Abnorm. Psychol.*, 1956, **52**, 143-150.)
- FREUD (S.). — Obsessions et phobies. (*Revue Neurol.*, 1895.)
- La prédisposition à la névrose obsessionnelle. (*Rev. Franç. de Psychanalyse*, 1929, vol. II, p. 437.)
 - Le petit Hans. Traduct. de Marie Bonaparte. (Denoël et Steele, 1935.)
 - Introduction à la psychanalyse. (Payot, 1947.)
 - Inhibition, symptôme et angoisse. (P.U.F., 1951.)
 - Cinq psychanalyses. (P.U.F., 1954.)
 - Essais de psychanalyses. (Payot, 1967.)
 - Cinq leçons sur la psychanalyse. (Payot, 1968.)
 - Psycho-pathologie de la vie quotidienne. (Payot, 1968.)
 - Totem et tabou. (Payot.)
- FREYMAN (R.). — Experience with an enuresis bell-apparatus. (*Medical Officer*, 1959, **101**, 248-250.)
- GALLOT (H.M.). — L'état mental des obsédés. (*Thèse*, Paris, 1935.)
- GANT (W.). — The Pavlovian laboratory. (*Rev. de Neuro-Psych. Infantile*, février-mars 1966, **2**, 3.)
- GLICK (B.S.). — Conditioning: a partial success story. (*Int. J. Psychiat.*, juillet 1969, **7**, 504-507.)
- GORDOVA (I.) et KOVALEV (N.). — Problèmes de psychothérapie. (Ed. Quetzal, 1962.)

- GUILBERT (Ph.). — A propos des phobies et de leur traitement par une technique combinée de déconditionnement. (*Thèse*, Lille, 1968.)
- GUTHRIE (E.R.). — The psychology of learning. (N.Y., Harper, 1935.)
- GUYOTAT (J.). — Possibilités, limites et utilité des traitements non analytiques. (*Rev. Prat.*, XV, 7, 843-850.)
- HASLAM (M.T.). — Traitement de dyspareunie psychogène par l'inhibition réciproque. (*Brit. J. Psychiat.*, 1965, III, n° 472.)
- HESNARD (A.). — Apport de la phénoménologie à la psychiatrie contemporaine. (*Rapport du Congrès de Psych. et de Neurol. de Langue Franç.*, Tours, Masson, 1959.)
— Les phobies et la névrose phobique. (Payot, 1961.)
- HILGARD (E.R.) and MARQUIS (D.G.). — Conditioning and learning. (New York, Appleton Century Crofts, 1940.)
- HULL (C.L.). — Principles of behavior. (N.Y., Appleton Century Crofts, 1943.)
- JANET (P.). — Les obsessions et la psychasthénie. (Paris, Alcan, 1908.)
- JACOBSON (E.). — Progressive relaxation. (Univ. of Chicago Press, 1938.)
- JERSILD (A.T.) and HOLMES (F.B.). — Methods of overcoming children's fears. (*J. Psychol.*, 1935, 1, 75-104.)
- JONES (H.G.). — The application of conditioning and learning techniques to the treatment of a psychiatric patient. (*J. Abn. Psychol.*, 1956, 54, 412-420.)
- JOUVET. — Corrélation neuro-physiologique des liaisons diachroniques. (*Actual. Neuro-Physio.*, Masson, 1960, 113-154.)
- KENDRICK (D.C.). — Inhibition with reinforcement. (*J. Exp. Psychol.*, 1958, 56, 313-318.)
- KONORSKI (J.). — Conditioned reflexes and neuron organisation. (Cambridge Univ. Press, 1948.)
- KOUPERNIK (C.). — La psychanalyse. (*Concours Médical*, 24 mai 1969, E.P.U. 27.)
- KRETSCHMER (E.). — Etudes psychothérapiques. (Thieme, 1949. Ed. Cientí-Medica, Barcelona, 1952.)
- LANG (P.J.). — Désensibilisation, suggestion et psychotherapy. (*J. of Abnorm. Psychol.*, décembre 1965, X, n° 6.)

- LAUNAY (C.) et coll. — Obsessions et phobies de l'enfant et de l'adolescent. (*Revue du Praticien*, 1^{er} mars 1965, tome XV, n° 7, 815-822.)
- LAYCOB (L.D.). — Relaxation under light hypnosis and its use with desensitization and deconditioning in phobic states. (*Missouri Med.*, mai 1966, **63**, 363-367.)
- LAZARUS (A.A.). — Thérapie de groupe des troubles phobiques par désensibilisation systématique. (*J. Abnorm. Psychol.*, 1961, n° 63.)
- The results of behavior therapy in 126 cases of severe neurosis. (*Beh. Res. Ther.*, 1963, vol. 1, 59-79.)
- LEE (B.S.). — Effects of delayed speech feedback. (*J. Acc. Soc. Amer.*, 1950, **22**, 824-826.)
- LEMAIRE (J.C.). — La relaxation. (Pet. Bib. Payot, 1964.)
- LE NY (J.-F.). — Le conditionnement. (P.U.F., 1969.)
- Conditionnement, apprentissage et activité psychologique. (P.U.F., 1967.)
- LEUNER (H.). — Confrontation symbolique, procédé non interprétatif de psychothérapie. (*Schweitzer Archiv für Neurolog. und Psych.*, 1955, XVI.)
- LÉVY-BRUHL. — La mentalité primitive. (Paris, Alcan, 1922.)
- LISFRANC (S.). — Le conditionnement en thérapeutique psychiatrique. (*Immex*, 1968, « Psych. ».)
- LOPEZ IBOR (J.). — Las neurosis como enfermedades del ánimo. (Madrid, Gredos, 1965.)
- MALLET (P.). — Névrose phobique. (*E.M.C.*, 1955, « Psych. », II.)
- Contribution à l'étude des phobies. (*Revue Franç. de Psychanal.*, 1948, n° 1 ; 1956, n° 6, 20-237.)
- MARCHAIS (P.), JASON (M.). — De la lipothymie et du conditionnement dans la structure des névroses phobiques. (*Ann. Médico-Psychol.*, novembre 1962, **120** (2), 577-583.)
- MARTIN (I.) and coll. — Conditioned eyelid responses in phobic patients. (*Behav. Res. Ther.*, février 1969, **7**, 115-124.)
- MARTIN (G.A.) et LEMIEUX (L.H.). — Electrochoc et psychonévroses. (*Laval Méd.*, 1949, **14**, 579.)

- MEYER (V.). — The treatment of two phobic patients on the basis of learning principles. (*J. Abn. Psychol.*, 1957, **55**, 261-266.)
- MICHAUX (L.), GALLOT (H.M.), ROUAULT DE LA VIGNE (A.). — Obsession et délire. (*Ann. Médico-Psychol.*, juin 1945, **103**, n° 1, 1-40.)
- MICHAUX (L.). — Quelques points de la psychologie des anxieux. (*Sem. des Hôp.*, 28 août 1945.)
- MICHAUX (L.), GALLOT (H.M.), CIRILLI (M.) et MARIBAS. — L'aura obsessionnelle des accès maniaques et dépressifs. (*Ann. Médico-Psychol.*, décembre 1948, tome II, n° 5.)
- MICHAUX (L.), BUREAU (G.), SAULNIER (M.). — A propos des états mixtes. (*Sem. des Hôp.*, novembre 1950.)
- MICHAUX (L.). — Etude clinique de la névrose obsessionnelle de l'enfant. (*Rev. Neuro-Psych. Inf. et Hyg. Ment. Enf.*, septembre-octobre 1957, n° 9 et 10.)
- Leçon inaugurale à la chaire de neuro-psychiatrie infantile du 5 février 1958. (*Presse Médicale*, mars 1968.)
- MICHAUX (L.), KOUPERNIK (C.), LELORD (G.), ELLISALDE (B.) et BERGES (J.). — Etude du conditionnement E.E.G. son-lumière chez dix jeunes hystériques. (*Revue de Neuro-Psych. Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance*, 1959, VII, n° 5 et 6, 260-268.)
- MICHAUX (L.) et LELORD (G.). — Aspects E.E.G. des réponses de dominance au cours du conditionnement au son et à la lumière en pathologie humaine. (*Rev. Neurol.*, 1959, **100**, 4, 378-379.)
- MICHAUX (L.), LELORD (G.) et MEURICE (E.). — A propos d'une technique particulière de stimulation utilisable en E.E.G. courante. Essai de systématisation de critères fonctionnels. (*Rev. Neurol.*, 1959, **101**, n° 3, 282-283.)
- MICHAUX (L.), LELORD (G.), AGATHON (M.). — L'E.E.G. en pédo-psychiatrie. (*Premier Congrès Européen de Pédo-Psychiatrie*, Paris, 1960.)
- MICHAUX (L.) et LELORD (G.). — La lecture E.E.G. du conditionnement. Intérêt psycho-pathologique. (*Entretiens de Bichat*, 1961.)
- Application à la psycho-pathologie humaine de la méthode du conditionnement E.E.G. au son et à la lumière. (*Le Sud Médical et Chirurgical*, mai 1962.)

- MICHAUX (L.) et DUCHÉ (D.J.). — Contribution à l'analyse symptomatique de l'anxiété à la faveur des traitements par Méthaminodiazépoxyde. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1962, **120**, 1, 338-342.)
- MICHAUX (L.), LELOD (G.), LAURZEL (J.-P.) et KOUPERNIK (C.). — Intérêt de la méthode de conditionnement E.E.G. son-lumière et des images consécutives dans l'étude psycho-pathologique des états obsessionnels. (*Presse Médicale*, 30 mars 1963.)
- MICHAUX (L.). — Les troubles du caractère. (Hachette, 1964.)
- MICHAUX (L.), GALLOT (H.-M.). — Les confins de la névrose obsessionnelle. (*Rev. Prat.*, 1^{er} mars 1965, tome XV, n° 7, 823-831.)
- MICHAUX (L.). — Psychiatrie. (Flammarion, 1965.)
- MICHAUX (L.), DUCHÉ (D.J.), KOUPERNIK (C.), LELOD (G.) et ROLLAND (M.). — Etude des effets de quelques médicaments du système nerveux central sur le conditionnement électro-encéphalographique son-lumière. (*Rev. Neuro-Psych. Infantile*, 1966, **14**, n° 2-3, 171-182.)
- MICHAUX (L.). — Les nosophobies rituelles de conjuration, forme méconnue de l'hypocondrie. (*Presse Médicale*, 21 janvier 1967.)
— Les phobies. (Hachette, 1968.)
- MOWRER (O.H.). — A stimulus response analysis of anxiety and role as a reinforcing agent. (*Psychol. Rev.*, 1939, **46**, 553-566.)
— Learning theory and personality dynamics. (N.Y., Ronald Press, 1950.)
- MOWRER (O.H.) and LAMOREAUX (R.R.). — Fear as an intervening variable in avoidance conditioning. (*J. Comp. Psychol.*, 1946, **39**, 29-50.)
- MUNOZ (L.). — Terapia conductual. (*Act. Psiqu. Psicol. Amer. Lat.*, 1966, **12**, 200.)
- NACHT (S.) et LEBOVICI (S.). — Indications et contre-indications de la psychanalyse. (*Rev. Franç. de Psychanalyse*, 1955, XIX, n° 1 et 2, p. 135.)
- PAVLOV (I.P.). — Typologie et pathologie de l'activité nerveuse supérieure. (P.U.F., 1955.)
— La psycho-pathologie et la psychiatrie. Editions en langues étrangères. (Moscou, 1961.)
— Les réflexes conditionnés. (All. Cult. Liv., 1962.)
- PEAK (H.). — Negative practice and theories of learning. (*Psychol. Rev.*, 1941, **48**, 316-336.)

- PELLET (J.), GUYOTAT (J.). — Les phobies. (*Cah. Méd. Lyonnais*, 1969, **45** (15), 1653-1682.)
- PENA Y LILLO (S.), DE LA GARZA (F.) et FIGUEROA (G.). — Tratamiento descondicionante en cuatro casos de tartamudez con características fóbicas. (*Rev. Chil. Neuro-Psiquiatría*, 1966, vol. 5, n° 1, 55-65 ; — *Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de Langue Française*, Clermont-Ferrand, 1968.)
- PENA Y LILLO (S.). — Técnica combinada de descondicionamiento por primer y segundo sistema de señales. (*Rev. Chil. de Neuro-Psi.*, 1967, 1, vol. 6, 81-87.)
- PENA Y LILLO (S.) et DE LA GARZA (F.). — Consideraciones sobre el mecanismo fóbico y su tratamiento descondicionante. (*Rev. Chil. Neuro-Psi.*, 1967, vol. 6, n° 1, 112.)
- PERRIER (F.). — Phobies et hystérie d'angoisse. (*Psychanaly*, 1956, **2**, P.U.F.)
- PICHOT (P.). — Les névroses. (*Horizons Médicaux*, 1960-1961, 75-77, 79-81.)
— Obsessions et phobies et la névrose phobique. (*Rev. Prat.*, 1^{er} mars 1965, **XV**, n° 7, 759-767, 785-799.)
- PLATONOV (R.). — Le mot comme facteur physiologique et thérapeutique. Edition en langues étrangères. (Moscou, 1958.)
— Problèmes de psychothérapie. (Quetzal, 1962.)
- PITRES et RÉGIS. — Les obsessions et les impulsions. (Paris, Doin, 1902.)
- POPOV (N.A.). — Etudes de psycho-physiologie. La cyclochronie. (Paris, Ed. du Cèdre, 1950.)
— Le conditionnement dans l'écorce cérébrale. (*C.R. Acad. Sciences Paris*, 1953, **236**, 744-746.)
- RACHMAN (S.) and COSTELLO (C.G.). — The aetiology and treatment of children's phobias. (*Am. J. of Psychiatry*, août 1961, **118**, n° 2.)
- RAYMOND (M.J.). — Case of fetichism treated by aversion therapy. (*Brit. Med. J.*, 1956, **2**, 854-857.)
- RÉGIS (E.). — Précis de psychiatrie. (Doin, 1923.)
- RICHARD (J.F.). — Généralisation du signal et de la réponse. (P.U.F., 1966.)

- RICHELLE (M.). — Le conditionnement opérant. (Delachaux et Mesle, 1966.)
- ROGNANT (J.). — La théorie réflexologique appliquée aux névroses et à leur traitement. (*Concours Médical*, 1961, n° 43.)
- Exhibitionnisme et déconditionnement. (*A.M.P.*, juillet 1965, II, n° 2.)
- ROLLAND (M.). — Education et conditionnement. (*La Médecine Infantile*, janvier 1968, n° 1, 17-26.)
- SALIH (H.A.). — Phobia: types, dynamics and treatments. (*Canad. Psychiat. Ass. J.*, avril 1968, **13**, 181-185.)
- SCHNEIDER (K.). — Les personnalités psychopathiques. (P.U.F., 1955.)
- SCHUTZ (J.H.). — Relaxation. (*Deutsch. Med.*, 1928.)
- Traitement des maladies mentales. (Stuttgart, Ed. Piscator-Verlag, 1952.)
- SOKOLOVA (G.S.). — Formation of trace conditioned inhibition and the relation between its compnents to the 2nd signal system in patients with neuroses with phobic syndrom. (*Zh. Vyssh. Nerv. Relat. Pavlov*, septembre-octobre 1962, **12**, 788-796.)
- Conditioned trace reflexes in patients with neuroses with phobic syndromes. (*Tr. Inst. Fiziol. Pavlov*, 1962, **10**, 105-113.)
- SPENCE (K.W.). — Behaviour theory and conditioning. (New Haven, Yale Univ. Press, 1956.)
- STEKEL (W.). — Les états d'angoisse nerveux et le traitement. (Payot, 1924.)
- STROLLO (M.). — Un cas de phobie anxieuse conditionnée. (*Riv. Med.-Aeronautica*, juillet-septembre 1958, **21**, 525-531.)
- TERHUNE (W.). — The phobic syndrom a study of 86 patients with phobic reactions. (*Arch. Neurol. and Psych.*, août 1949, **62**, 162.)
- TUCKER (W.). — Diagnosis and treatment of the phobic reaction. (*Am. J. of Psy.*, 1956, **112**, 825.)
- WALTON (D.). — The application of learning theory to the treatment of hysterical aphonia. (*Bull. Brit. Psychol. Soc.*, 1958, n° 34.)
- Reciprocal inhibition, sedation threshold, practice and the treatment of compulsions and schizophrenic slowness. (*Bull. Brit. Psychol. Soc.*, 1958, n° 36.)

- WALTON (D.) and MATHER (M.D.). — The relevance of generalization techniques to the treatment of stammering and phobics symptoms. (*Beh. Res. Ther.*, 1963, vol. 1, 121-125.)
- WATSON (J.B.) and RAYNER (R.). — Conditioned emotional reactions. (Stanford Univ. Press, 1958.)
- WIDLÖCHER (D.). — Personnalité obsessionnelle et personnalité phobique. (*Rev. Prat.*, 1^{er} mars 1965, XV, n° 7, 799-815.)
- WOLPE (J.). — An approach to the problem of neurosis based on the conditioned response. Dissertation. (Univ. of the Witwatersrand, 1948.)
- Genesis of neurosis: an objective account. (*Sf. Afr. Med. J.*, 1950, **24**, 613.)
 - Objective psychotherapy of the neuroses. (*S. Afr. Med. J.*, 1952, **26**, 825.)
 - Experimental neurosis as learned behaviour. (*Brit. J. Psychol.*, 1952, **43**, 243-268.)
 - Reciprocal inhibition in the main basis of psychotherapeutic effects. (*Arch. Neurol. Psychiat.*, 1954, **72**, 205-226.)
 - Psychotherapy by reciprocal inhibition. (Stanford Univers. Press, 1958.)
- YATES (A.). — The application of learning theory to the treatment of tics. (*J. Abn. Psychol.*, 1958, **56**, 175-182.)

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 1 : INTRODUCTION	11
Chapitre 2 : HISTORIQUE	15
— Aspects marquants	16
— Evolution historique du concept phobique	16
Chapitre 3 : DÉFINITION ET CLASSIFICATION	25
— Définition	26
— Essai de classification	28
1) <i>Phobies des objets et des actes</i>	28
2) <i>Phobies des lieux, des éléments, de la mort</i>	34
3) <i>Phobies des êtres vivants</i>	45
Chapitre 4 : LE DIAGNOSTIC	51
1) <i>Le diagnostic différentiel du symptôme phobique</i>	52
2) <i>Le diagnostic étiologique du symptôme phobique</i>	58
<i>La névrose phobique et les méthodes d'investigation psychologiques</i>	66
Chapitre 5 : LA NÉVROSE PHOBIQUE	71
1) <i>Aspects cliniques de la névrose phobique</i> :	72
2) <i>L'évolution</i>	84
3) <i>Les formes cliniques</i>	87
Chapitre 6 : MENTALITÉ PHOBIQUE ET DÉTERMINISME	95
1) <i>La personnalité phobique</i>	96
2) <i>Le déterminisme</i>	99
Chapitre 7 : LES THÉRAPEUTIQUES D'INSPIRATION PAVLOVIENNE ..	107
Chapitre 8 : CONCLUSION	119
Chapitre 9 : BIBLIOGRAPHIE	123

